



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Prevence vzniku dekubitů u pacientů/klientů

The Prevention of the Creation of Decubituses of Patients/Clients

Kateřina Ginzelová

Bakalářská práce

2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Ginzelová**
Osobní číslo: **Z09000034**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Prevence vzniku dekubitů u pacientů/klientů**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle výzkumu:

1. Zjistit nejčastější důvod vzniku dekubitů
2. Zjistit, zda sestry znají predilekční místa a definici tohoto pojmu
3. Zjistit povědomost sester na daných oddělení o prevenci vzniku dekubitů
4. Zjistit, zda sestry znají zásady správného polohování (viz. polohovací hodiny)
5. Zjistit postavení sester k používání preventivních antidekubitárních pomůcek

Východiska (abstrakt)

Bakalářská práce je zaměřena na prevenci vzniku dekubitů, která se v současné době stává velice diskutovaným zdravotnickým tématem. Ve výzkumné části bych chtěla zjistit, zda v Krajské nemocnici Liberec dodržují sestry správné postupy v této prevenci, a zda mají znalosti o daném tématu.

Výzkumné předpoklady:

1. Více než 50% dotázaných sester zná systém polohovacích hodin
2. Všeobecné sestry používají preventivní antidekubitární pomůcky
3. Více než 75% dotázaných sester má povědomí o predilekčních místech
4. Většina dotázaných sester ví, co je to indikátor kvality

Metoda: Kvantitativní

Technika: Výzkum - dotazník

Místo a čas výzkumu: Odborná ošetrovatelská praxe 5, akad. rok 2011/2012, říjen - listopad, interní oddělení, spinální jednotka a LDN KNL a.s., LDN Jablonné v Podještědí

Vzorek: Sestry ve všech směnách na interním oddělení, spinální jednotce a LDN KNL a.s., LDN Jablonné v Podještědí

Rozsah grafických prací: např. 10 tabulek, 10 grafů
Rozsah pracovní zprávy: 50-70 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. Praha: Grada, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

RIEBELOVÁ, Věra ; VÁLKA, Jan; FRANCŮ, Milada. Trendy soudobé chirurgie: Dekubity: prevence, konzervativní a chirurgická terapie. Praha: Galén, 2000. 159 s. ISBN 80-7262-033-9.

WORKMAN, Barbara A.; BENNETT, Clare L. Klíčové dovednosti sester. Praha: Grada, 2006. 259 s. ISBN 80-247-1714-X.

NAŇKA, Ondřej ; ELIŠKOVÁ, Miloslava. Přehled anatomie. Praha: Galén, 2009. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.

ROKYTA, Richard; MAREŠOVÁ, Dana; TURKOVÁ, Zuzana. Somatologie. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2009. 259 s. ISBN 978-80-7357-454-3.

Pressure ulcers - prevention and treatment. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005. 18 s. Dostupné z WWW:

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG029publicinfo.pdf>. ISBN 1-84629-077-5.

Vedoucí bakalářské práce: Bc. Iva Škodová
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 15. září 2010
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2012

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor



doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel

V Liberci dne 30. listopadu 2010

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 8.6.2012

Podpis: J. Malová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především paní magistře Ivě Škodové, která se se zájmem ujala vedení mé bakalářské práce. Děkuji nejen za její odborné a cenné rady, ale také za její neustálou motivaci. Dále bych chtěla poděkovat svým rodičům a příteli za podporu a důvěru, kterou ve mě po celou dobu studia vkládají.

Anotace

Tato závěrečná bakalářská práce pojednává o prevenci vzniku dekubitů, která je velice rozsáhlým ošetrovatelským problémem. V teoretické části je obsažen ucelený přehled této problematiky. Nachází se zde anatomie a fyziologie kožního ústrojí, definice pojmu dekubitus a rizikové faktory vzniku. Práce dále zahrnuje všeobecný přehled prevence dekubitů, jako je nutnost správné výživy, hygieny, polohování za použití antidekubitních pomůcek a blokování zevních mechanických vlivů.

Výzkumná část je zaměřena na znalosti všeobecných sester v KNL a.s. v prevenci vzniku dekubitů a postavení sester k používání antidekubitních pomůcek. Výzkum probíhal na odděleních, kde byly předpokládány častější hospitalizace imobilních a rizikových pacientů/klientů.

Klíčová slova: dekubitus, prevence, polohování, antidekubitní pomůcky

Annotation

This bachelor thesis deals with the prevention of pressure sores creation, which is a very extensive nursing problem. There is a complete overview of this issue contained in the theoretical part. Also anatomy and physiology of cutaneous system, definition of term decubitus and creation risk factor are found here. It also includes general overview of pressure sores prevention like necessity of proper nutrition, hygiene, positioning using external tools and blocking of exterior mechanical effects.

The research part is mainly focused on knowledge of nurses working in KNL a.s. in the prevention of creation of pressure sores and status of nurses to use anti-decubitus devices. The research was conducting in departments where more frequent hospitalizations of at-risk and immobile patients / clients were expected.

Key words: decubitus, prevention, positioning, anti-decubitus devices

OBSAH

OBSAH.....	8
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	10
ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 ANATOMICKO – FYZIOLOGICKÉ POZNÁMKY.....	12
1.1 Kůže.....	12
1.2 Stavba kůže.....	12
1.3 Přídatné kožní orgány.....	14
1.4 Funkce kůže.....	16
2 DEKUBITY.....	16
2.1 Historie dekubitů.....	17
2.2 Mechanismus vzniku.....	17
2.3 Příčiny vzniku dekubitů.....	18
2.3.1 Zevní faktory ovlivňující vznik dekubitů.....	18
2.3.2 Vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů.....	19
2.4 Klasifikace dekubitů.....	22
2.5 Základní čtyři stupně dekubitů.....	22
2.5.1 Klasifikační stupnice pro hodnocení dekubitů.....	23
2.6 Predilekční místa.....	25
2.7 Hodnotící škály.....	26
2.7.1 Hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta.....	26
2.7.2 Hodnocení rizika vzniku dekubitů.....	27
2.8 EPUAP (Evropský poradní sbor pro otázky proleženin).....	29
3 PREVENCE DEKUBITŮ.....	30
3.1 Rehabilitační ošetřovatelství.....	31
3.2 Polohování.....	32
3.2.1 Nejčastěji užívané polohy.....	33
3.2.2 Jak předcházet úrazům ošetřujícího personálu.....	34
3.3 Antidekubitní pomůcky.....	34
3.3.1 Polohovací lůžka.....	35
3.3.2 Antidekubitní matrace.....	35
3.3.3 Polohovací pomůcky.....	36

3.4	Prevence střížné síly.....	37
3.5	Hygiena a péče o pokožku	38
3.6	Výživa	39
4	SHRNUTÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O RIZIKOVÉHO PACIENTA	40
5	INDIKÁTOR KVALITY PÉČE	41
	VÝZKUMNÁ ČÁST	44
6	METODIKA PRÁCE.....	44
6.1	Cíle práce	44
6.2	Formulace hypotéz	44
6.3	Charakteristika použité metody práce	44
6.4	Výzkumný vzorek	45
6.5	Organizace výzkumu a zpracování získaných dat	45
7	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ.....	46
8	DISKUZE.....	72
	ZÁVĚR	75
	NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH PROBLÉMŮ	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
	SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	80
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	82
	SEZNAM PŘÍLOH.....	83

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a.s.	akciová společnost
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného selhání imunity)
apod.	a podobně
ASW	aplikační software
atd.	a tak dále
BMI	body mass index
cm	centimetr
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
č.	číslo
ČR	Česká republika
DM	diabetes mellitus
EPUAP	Evropský poradní sbor pro otázky proleženin
g/l	gram/litr
K/P	klient/pacient
kg	kilogram
KNL	Krajská nemocnice Liberec
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
m ²	metr čtverečný
mm	milimetr
mm	musculi - svaly
mm HG	milimetr rtuťového sloupce
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
např.	například
Tab.	tabulka
P/K	pacient/klient
PNS	periferní nervový systém
SOŠP	standard ošetrovatelské péče
tzv.	takzvaný
UV	ultrafialové

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je Prevence vzniku dekubitů u pacientů/klientů. Dekubity neboli proleženiny nejsou zdaleka nově vzniklým ošetrovatelským problémem. Tyto defekty vznikaly již dávno před jejich samotným pojmenováním, které vychází ze slovního spojení „Gangraena per decubitus“. Práce, která by měla zahrnovat veškeré dostupné informace o dekubitech, by byla velice dlouhá a rozsáhlá. Samotná prevence vzniku proleženin obsahuje mnoho důležitých a zajímavých prvků, které jsou v dostatečné míře rozepsány v následujícím textu.

Předcházení vzniku proleženin je mnohem méně náročné než léčba, proto se stává i více důležité z hlediska ošetrovatelství. Všeobecné sestry s pomocí ostatního ošetrovatelského personálu mohou v této oblasti poskytnout pacientovi tu nejkvalitnější péči v dostatečné míře, a to vše bez zásahu lékařů. Sestry musí umět samy vyhodnotit rizikovost pacienta (Nortonova stupnice, Barthel test základních všedních činností, škála Waterlow, atd.) a dle toho následně postupovat při péči o nemocného.

V této práci je snahou zachytit veškeré rizikové faktory, které se podílejí na vzniku dekubitů a především postupy, jak takovému riziku předcházet. Dále se zde nachází návod, jak správně napolohovat pacienta s použitím antidekubitních pomůcek. Vypsány jsou také improvizální pomůcky, jež se používají v případě nedostatku vhodného materiálu na oddělení. Práce obsahuje seznam nejpoužívanějších antidekubitních pomůcek, ať už to jsou samotná polohovací lůžka, matrace nebo polohovací pomůcky. Aby mohla být u pacienta/klienta vyhodnocena rizikovost a náchylnost ke vzniku dekubitů, je nutné znát škály soběstačnosti a rizika vzniku dekubitů, které jsou v textu také vypsány. V teoretické části se nachází i ucelený přehled anatomie a fyziologie kůže.

K vypracování praktické části je stanoveno pět cílů. Snahou bylo zjistit nejčastější důvod vzniku dekubitů a postavení sester k používání antidekubitních pomůcek. Další tři cíle byly zaměřeny na znalosti všeobecných sester v Krajské nemocnici Liberec a.s. na interním oddělení, spinální jednotce a v léčebně dlouhodobě nemocných. Pomocí dotazníku se zjišťovalo, zda sestry ve všech směnech na daných odděleních znají predilekční místa, zda mají povědomí o zásadách správného polohování a jakou mají celkovou povědomost o prevenci vzniku dekubitů. Veškeré odpovědi jsou vyhodnoceny a výsledky graficky zpracovány.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMICKO – FYZIOLOGICKÉ POZNÁMKY

1.1 Kůže

Kůže je svou plochou 1,5 – 1,8 m² největším orgánem lidského těla a představuje až 12% tělesné váhy. Obsahuje veliký počet somato-senzorických receptorů, vytváří přirozenou ochranu proti okolnímu prostředí, podílí se na termoregulaci a také na exkreční činnosti organismu. Kůže má takovou stavbu, která jí dovoluje přizpůsobovat se pohybům a změnám tvaru našeho těla. Hmotnost tohoto orgánu bez tukové tkáně jsou přibližně 3 kg. Barva kůže závisí nejen na hustotě cévního zásobení, ale také na množství pigmentu a samotné tloušťce.

Cutis se skládá ze tří vrstev, kterými jsou jmenovitě od povrchu pokožka, škára a nejlouběji uložené podkožní vazivo. Dále můžeme ke kožní soustavě zahrnout i přídatné kožní orgány, mezi které řadíme chlupy a vlasy, nehty, mazové, potní a mléčné žlázy. (viz. Příloha č. 2)

Na povrchu kůže si můžeme povšimnout reliéfu, který je charakterizován vkleslinami a vyvýšeninami. Ty jsou tvořeny ohybovými rýhami, vráskami a hmatovými lištami na dlaních a chodidlech. (2, 8)

1.2 Stavba kůže

Pokožka (epidermis) - Tato povrchová vrstva kůže je silná zhruba 0,1 cm, přičemž největší tloušťka je na patách (3 - 4 cm). Pokožka je tvořena mnohobuněčným dlaždicovým rohovějícím epitelem. Obsahuje čtyři typy buněk, jež mají každá jinou funkci.

Keratinocyty jsou uspořádány do pěti vrstev a tvoří již výše zmíněný epitel pokožky. Jedna vrstva se nazývá stratum basale, zde se nachází zárodečné buňky, které umožňují neustálou sebeobnovu kůže. Epitelové buňky na povrchu kůže postupně odumírají,

rohovatí a odlupují se. Tyto zrohovatělé buňky obsahují keratin, což je bílkovina, která zajišťuje relativní nepropustnost kůže pro vodu. Odumřelé buňky jsou nahrazovány již zmíněnými buňkami z hlubších vrstev pokožky.

V hlubších vrstvách pokožky se nachází také melanocyty, které obsahují tmavé barvivo, tzv. melanin. Melanocyty jsou velice citlivé na UV záření. Funkcí těchto buněk je ochrana kůže před poškozením UV zářením.

Merkelovy buňky se nachází především v oblasti folikulů sinusových chlupů a působí zde jako mechanoreceptory. (2, 4, 12)

„Langerhansovy ostrůvky (dendrické buňky) pochází z krevní dřeně, odkud se dostávají krevní cestou do dermis. Poté co se dostanou mimo cévní řečiště, prochází bazální laminou mezi dermis a epidermis a přecházejí do epidermis. Po kontaktu s antigenem se vracejí do dermis a zpět lymfatickou cestou do regionální lymfatické uzliny. Svou funkcí jsou antigen prezentující buňky.“¹

Škára (corium) - Škára je 0,5 – 2,5 mm silná vazivová vrstva kůže, která je bohatě prokrvená a je zde četný výskyt mizních uzlin. Corium je tvořeno 2 vrstvami. První vrstva se nazývá stratum papillare, vytváří dermální papily a je tvořena řídkým kolagenním vazivem a fibrocyty. Stratum reticulare je hlouběji uložená vrstva, která je tvořena převážně kolagenním vazivem. Vlákná obou vrstev se proplétají a vytváří prostorovou síť. Orientace vláken určuje linii štěpitelnosti kůže, která je důležitá při vedení řezu. „Když vedeme kožní řezy paralelně s liniemi štěpitelnosti, jizvy nezejí a lépe se hojí, kdežto řezy kolmo na ně se rozevírají.“² Ve škáře dále nacházíme také hladkou svalovinu, která je tvořena mm. arrectores pilorum, jež jsou tzv. vzpřimovači chlupů.

Škárrou se proplétají i elastická vlákna zajišťující pružnost, pevnost, štěpitelnost a roztahitelnost kůže. Dále se zde nachází kožní receptory citlivé na tlak, teplotu a bolest. Kožní lišty vytváří na bříškách prstů typickou kresbu charakteristickou pro určitého jedince. Protáhlé valy neboli kožní lišty nacházíme také na dlaních a chodidlech. Na flektované straně kloubu se vytváří flekční rýhy. (2, 4, 12)

¹ ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. Přehled anatomie. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 416. ISBN 978-80-7262-612-0. Str. 327.

² ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. Přehled anatomie. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 416. ISBN 978-80-7262-612-0. Str. 328.

Podkožní vazivo (tela subcutanea) – Jako nejhluběji uloženou vrstvu kůže označujeme podkožní vazivo, které je bohaté na tukové buňky. Nejvíce tukové tkáně se ukládá nejčastěji v oblasti břicha, hýždí a stehen. Množství tuku závisí především na stravě. Způsob rozložení naopak závisí na pohlavních hormonech. Tloušťka podkožního vaziva může být až několik centimetrů, to je ovšem dáno výživou, pohlavím a konstitucí. (2, 12)

1.3 Přídavné kožní orgány

Jak bylo již zmíněno, mezi přídavné kožní orgány řadíme chlupy a vlasy, nehty, mazové, potní a mléčné žlázy. Tyto orgány můžeme rozdělit na zrohovatělé deriváty pokožky (chlupy, vlasy, nehty) a kožní žlázy (potní, mazové, mléčné).

Chlupy, vlasy (pilus) - Chlupy a vlasy rostou z vlasového váčku, jež vznikl vychlípáním pokožky do škáry. Ochranný maz vlasu a kožního povrchu je zajišťován mazovou žlázou. K povrchové vrstvě váčku se váží snopečky hladké svaloviny, která je uložena ve škáře. Vlas je složen ze tří vrstev, kterými jsou dřev, kůra a tenká vrstva plochých šupinovitých buněk bez jader. Tyto vrstvy se od sebe liší schopností rohovatět. Barva vlasu (chlupu) je dána pigmentem – melaninem, jež se nachází v pokožce. U světlavých osob nacházíme menší množství pigmentu.

Primární ochlupení objevujeme jako jemné chmýří (lanugo) již v 5. lunárním měsíci nitroděložního vývoje a pokrývá celé tělíčko plodu. Před narozením toto ochlupení opadá do plodové vody. Mezi sekundární ochlupení, které se vyvíjí až po narození, řadíme vlasy, řasy, obočí a drobné chloupky na povrchu těla. V pubertě se začíná objevovat terciální ochlupení a jeho růst pokračuje až do dospělosti. Tento typ ochlupení řadíme mezi sekundární pohlavní znaky a je výraznější u mužů. Rozlišujeme chlupy v podpaží (hirci), v ohanbí (pubes), vous (barba), chlupy ve vchodu do zevního zvukovodu (tragi) a chloupky ve vchodu nosním (vibrissae). „*Pubické ochlupení*

*je pohlavně dimorfní: u žen končí vodorovně při horním okraji mons pubis, u mužů pokračuje v úzkém pruhu k pupku.*³ (2, 12)

Nehet (unguis) - Nehet je zrohovatělá část na dorzální straně koncové části prstů. Vyrůstá z nehtového lůžka. Na nehtu rozlišujeme kořen a tělo. U kořene nehtu nacházíme zárodečnou část, která je viditelná jako bělavý srpek. Volný okraj nehtu má neustálou tendenci dorůstat. Funkcí nehtu je mechanická ochrana distální části prstů. (2, 4)

Mazové žlázy (glandulae sebaceae) - Jak již bylo zmíněno, tyto žlázy se nachází ve škáře. Obklopují kořen chlupu (vlasu). Nejvyšší výskyt těchto žláz je zřejmý v obličeji a kštici, naopak jejich nedostatek je patrný v oblasti chodidel a dlaní. Funkcí mazových žláz je produkce mazu, který chrání pokožku. (2)

Potní žlázy (glandulae sudoriferae) - Potní žlázy se nachází ve škáře, jsou stočené do klubíček a ústí samostatnými vývody na pokožku. Nejvyšší výskyt těchto žláz nacházíme na čele, dlaních a ploskách, naopak úplně chybí v oblasti rtů, nehtových lůžek, v předkožce a na žaludu. Rozlišujeme dva typy žláz. Prvním typem jsou žlázy apokrinní, jejichž vývod je vázán na vlasový folikul. Druhým typem jsou žlázy ekrinní, ty jsou naopak přítomné téměř po celém těle. Tento typ žláz produkuje pot, který se účastní termoregulačních pochodů organismu. Jeho složení není stále stejné, obsahuje vodu, chlorid sodný a organické látky. Pot vytváří ochrannou vrstvu na povrchu kůže. (2, 12)

Mléčná žláza (glandula mammae) - Největší kožní apokrinní žlázou je právě párová žláza mléčná. Zakládá se u obou pohlaví, avšak v pubertě se vyvíjí pouze u žen, kdy začíná tvorba alveolů. „*V těhotenství dochází k výrazné proliferaci vývodů a alveolů. Na konci gravidity a v průběhu kojení, laktace, začíná sekreční fáze alveolů a je tvořeno nejdříve mlezivo, kolostrum, později pak mateřské mléko.*“⁴ Tato žláza je uložena

³ ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. Přehled anatomie. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 416. ISBN 978-80-7262-612-0. Str. 330.

⁴ ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. Přehled anatomie. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 416. ISBN 978-80-7262-612-0. Str. 331.

v tukovém polštáři prsu. Skládá se z několika laloků, ty se člení na drobnější lalůčky. Laloky se sbíhají a vytváří mlékovody, které ústí na prsní bradavce. (2, 4, 12)

1.4 Funkce kůže

Rozeznáváme několik funkcí kůže, a to konkrétně: Funkce **ochranná**, která brání vstupu mikroorganismů do těla, chrání před dehydratací, UV zářením, chemickým a mechanickým poškozením. **Termoregulační** funkce funguje pomocí vylučování potu, vazokonstrikci a vazodilataci, dále zahrnuje izolaci pomocí tukové vrstvy a ochlupení. V kůži nacházíme také receptory pro vnímání tepla, chladu a bolesti, proto je jednou z funkcí kůže i funkce **senzorická**. Další funkcí je **skladování** tuku jako zásoby energie, zde jsou uloženy i vitaminy rozpustné v tucích. O **metabolické** funkci můžeme mluvit díky vitaminu D a melaninu, které umí kůže syntetizovat. „*Vylučovací funkce je zabezpečena potními a mazovými žlázami. Pot a maz chrání kůži, přičemž pot má slabé dezinfekční účinky.*“⁵ Funkce **resorpční** je velice malá v případě, kdy je kůže neporušená. Poškozenou kůží mohou ovšem pronikat do těla mikroorganismy, a ty narušují stálost vnitřního prostředí. (8)

2 DEKUBITY

Proleženina neboli dekubitus je místní buněčné poškození tkáně, které vzniká v důsledku mikrocirkulace, díky níž dochází k hypoxii dané části těla. Toto poškození zasahuje nejen do pokožky a škáry, ale také do oblasti podkožního vaziva, svalů, popřípadě i do sliznic a podslizničního vaziva. Jiné knihy uvádí definici, že dekubity jsou rány vyvolané tlakem a jejich velikost je dána vzájemným působením tlaku, dobou působení, celkovým stavem nemocného a zevními podmínkami.

Dekubity nemusí vznikat jen na kůži, ale mohou vznikat také na sliznicích. Jako příklad můžeme uvést tlak zubní protézy na dásně, špatnou protetickou pomůcku či

⁵ MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2. Str. 10.

špatně udělaný sádrový obvaz. Dekubitus může vzniknout také v oblasti močové trubice, a to hlavně díky zavedenému permanentnímu močovému katetru. (5, 8, 19)

2.1 Historie dekubitů

Samotná historie dekubitů sahá až do období starého Egypta, kdy byla tato problematika známá, avšak nebyla dost dobře léčitelná. Již v tomto období představovaly dekubity ošetrovatelský problém, stejně jako je tomu nyní.

Pojem „dekubitus“ není zaznamenán v žádné starší publikaci, vyvíjel se postupně. Nejprve se pro tento defekt používal pojem „Gangraena per decubitus“, což by v překladu mohlo znamenat „hnilobná rána způsobená dlouhodobým ležením“. Z tohoto pojmu se později začalo používat pouze slovo „dekubitus“. (24)

Již v první knize ošetrovatelství od Florence Nightingelové, která nese název Kniha o ošetřování nemocných, se můžeme dočíst o prevenci vzniku dekubitů. Tato prevence se řadí mezi první ošetrovatelské úkony sestry. Další zmínku o proleženinách nalezneme v knize Ošetřování nemocných doma a v nemocnici, kterou napsal T. Billroth. Ten se zde zmiňuje o dvou typech proleženin. Prvnímu typu, který se nachází hlavně v oblasti prominence kosti (loket, sacrum, oblast lopatek), předcházíme správným polohováním, hygienou a péčí o pacienta/klienta. Druhý typ proleženin nazval „proleženina snětivá“, která se dle Billrotha vyskytuje u některých onemocnění (tyfus, zánět plic, onemocnění míchy). Je vydáno i několik českých příruček, a to především po 20. století. Je kladen důraz především na správné polohování pacienta/klienta. O tření a tahu, které mají zásadní vliv na vznik dekubitů, byla zmínka až v 90. letech v publikaci Lemon č. 1. (24)

2.2 Mechanismus vzniku

Obecně můžeme říci, že je dekubitus poškození tkáně, jež vzniká díky působení několika příčin a rizikových faktorů. Nejdůležitější roli ve vzniku dekubitů hraje tlak, který zabrání průtoku krve do postižené oblasti, kde postupně dochází k ischemii a nekróze. Nejsou poškozovány jen buňky tlakové, ale i buňky nervové.

Dekubity dělíme na akutní a chronické. Typ akutní vzniká již během 30 minut. Tento typ převažuje u pacientů/klientů v terminálním stadiu, a to především v zařízeních pro nevyléčitelně nemocné. Typ chronický se vyvíjí během několika dnů až týdnů v důsledku špatné ošetrovatelské péče. Tento typ dekubitů je právě tím správným indikátorem kvality péče. (11)

2.3 Příčiny vzniku dekubitů

Faktory ovlivňující vznik dekubitů dělíme na faktory zevní a vnitřní, ty budou dále rozpracovány v této bakalářské práci.

2.3.1 Zevní faktory ovlivňující vznik dekubitů

Intenzita a doba působení tlaku - Jakékoli vnější tlaky, které převýší hranici 32 mm HG (hranice normálního kapilárního tlaku), způsobí poruchu kapilár. Pokud ovšem není vyšší tlak stálý a člověk mění svou polohu, není nebezpečný ani vyšší působení tlaku než je udáno. Působící tlak není sám o sobě nijak škodlivý, způsobuje ovšem poruchu kapilárního řečiště, které vede k postupné ischemii.

Je známo, že více nebezpečná je doba působení tlaku, než jeho intenzita, díky tomu je možné říci, že déle trvající tlak může být nebezpečnější než krátkodobé působení tlaku s vyšší intenzitou. (3,8)

„Reaktivní hyperemie je normální fyziologická odpověď na tlakovou ischemii; potom, co tlak zmizí, oblast vykazuje zřetelnou červenou skvrnu z důvodu obnovení kapilární dilatace pro dodání kyslíku tkáni a odstranění zplodin. Spouštěcí mechanismus není znám. Při déletrvajícím tlaku se objevují nezvratné patologické změny a reaktivní hyperemie je jako kompenzační systém nedostatečná.“⁶

Mechanické vlivy - Mezi mechanické vlivy řadíme střížnou sílu a tření. Střížná síla se objevuje u pacienta/klienta, který leží většinou na tvrdém lůžku, kde probíhá špatná manipulace a vzniká zde veliké tření. Vede k pohybu vrstev kůže, podkoží a svaloviny

⁶ MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2. Str. 12.

s následnou traumatizací, přičemž mechanismem vzniku je napínání, zalamování nebo trhání cév. „*Tělo K/P má snahu sjíždět do spodní části lůžka, tato síla se přenáší na hlouběji uložené tkáně (v blízkosti kosti), ale kůže, která je třena a brzděna podložkou, takovou tendenci nemá.*“⁷ Třením nastává povrchové poškození kůže, u které vzniká porucha její obranné funkce. Větším rizikem se tření stává v přítomnosti tepla a vlhka, kdy se tření o podložku ještě zvětšuje. Proto musíme dávat větší pozor u inkontinentních pacientů/klientů. (3, 5, 8)

Chemické vlivy - Mezi tyto vlivy, které se podílejí na vzniku dekubitů, řadíme teplo a vlhko. Vlhko způsobuje vznik macerací. V tomto případě je opět vyšší riziko vzniku dekubitů u imobilních pacientů/klientů, u inkontinentních osob, u osob se zvýšeným pocením (pozor na teplé měsíce) či u osob s exsudativním poraněním. Dbát bychom měli především na zvýšený hygienický režim, dokonalé vysoušení pokožky a následnou péči o ni pomocí kosmetických přípravků. (3, 5, 8)

2.3.2 Vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů

Odolnost tkáně vůči tlaku - Ve všech literaturách se můžeme dočíst, že největší schopnost odolnosti má vazivo a kůže. Naproti tomu nejméně odolné je tukové vazivo, kde se nachází řídká cévní síť a nepevná stavba tkáně. (8)

Pohlaví – „*Ženy jsou ke vzniku dekubitů náchylnější než muži, protože tukové vrstvy jsou u žen silnější než u mužů.*“⁸

Věk - S narůstajícím věkem se mění elasticita a pevnost kůže, snižuje se produkce mazu a potu, snižuje se také mechanická odolnost vůči nárazům a tlakům. Prokrvenost pokožky je u seniorů nižší oproti zdravým a mladším jedincům, díky čemuž je snižená schopnost regenerace kůže. Dále víme, že starší lidé mají mnoho chorob, které mohou

⁷ HOFFMANNOVÁ, Petra; PLÍVOVÁ Lenka. Základy ošetrovatelské péče. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. s. 124. ISBN 978-80-7372-340-8. Str. 78.

⁸ MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2. Str. 14.

být provázány oběhovým selháním. „*U seniorů je 20krát vyšší pravděpodobnost vzniku dekubitů než u lidí ve stáří 20-40 let.*“⁹ (8, 11)

Tělesná hmotnost - Rizikem pro vznik dekubitů je jednak kachexie, a jednak obezita. Kachexie je nebezpečná z důvodu těsného kontaktu kůže a kosti, kde je zvýšený tlak na pokožku. Druhým fenoménem je obezita, kdy není sice těsný kontakt kůže a kosti, ale je zde velké množství tukové tkáně, která je, jak bylo již zmíněno výše, nebezpečná z důvodu nízkého prokrvení a nepevné stavbě. U obézních osob je pak velké nebezpečí vzniku dekubitů díky špatné manipulaci. Obézní lidé častěji trpí oběhovými poruchami, mají špatné stravovací návyky, což ovlivňuje stav kůže. (8)

Hybnost - Pohybliví lidé provádí řadu spontánních pohybů, vybírají si polohu při odpočinku, spánku. Oproti tomu imobilní pacienti/klienti jsou zcela odkázáni na pomoc ošetrovatelského personálu. Na tuto pomoc jsou odkázáni i K/P s poruchou vědomí, po operacích, s poškozením mozku a nervů. (8, 11)

Cévní faktory - V textu již bylo zmíněno, že dekubity vznikají v důsledku špatného prokrvení určité části těla. To je způsobeno tlakem na dané místo. „*Šok zahrnující periferní cévní selhání vytváří vážné nebezpečí vzniku dekubitů. Anémie zabraňuje účinkům reaktivní hyperémie.*“¹⁰ (8)

Výživa - Výživa je druhou nejčastější příčinou vzniku dekubitů a má úzký vztah s tělesnou hmotností. Člověk s malnutricí nemusí být vždy kachektický. Podle laboratorních výsledků můžeme zjistit, že má pacient/klient nedostatečné množství bílkovin, které je nutné pro regeneraci. Špatná výživa vede k úbytku podkožního vaziva a snížení tělesné hmotnosti. Může docházet i ke svalové atrofii. Je nutné sledovat hladinu albuminů a minerálů, přijímat dostatečné množství vitamínu C a zinku. Ohroženi jsou převážně onkologičtí pacienti/klienti, K/P se selháváním ledvin a s onemocněním jater. Další riziko představuje dekompenzovaná cukrovka. O výživě

⁹ MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2. Str. 14.

¹⁰ MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2. Str. 15.

ve vztahu k prevenci vzniku dekubitů bude zmínka v další části této bakalářské práce. (3, 8, 11)

Hydratace - Při vzniku dekubitů je riziková dehydratace i hyperhydratace. V knize Prevence vzniku dekubitů (Mikula; Müllerová. 2008) se píše: „*Při dehydrataci dochází ke snížení kožního napětí a ke tvorbě kožních řas. Kůže je vysušená a náchylná k otokům, ale také k poraněním.*“¹¹ V té samé knize se uvádí i pravý opak dehydratace, čili hyperhydratace, při které dochází ke zvýšení kožního napětí, k otokům a díky tomu k poruše celistvosti kůže. (8)

Inkontinence - Mezi další vnitřní faktory, které ovlivňují vznik dekubitů, řadíme inkontinenci. Ta byla již zmiňována u faktorů zevních, a to konkrétně u chemických vlivů, které působí na pokožku. Inkontinentní pacienti/klienti jsou často ve vlhku, které způsobuje maceraci kůže. Nejde pouze o inkontinenci moče, ale také o inkontinenci stolice. Pokud dojde k poruše kožní integrity, mohou do rány snadno proniknout infekční mikroorganismy. V péči o inkontinentní pacienty/klienty není správné ani časté používání mýdel, jelikož zbavují pokožku přirozeného mazu a potu (ochranný kryt pokožky). Proto se doporučuje používání kosmetických přípravků k takové péči určené. (5, 8)

Změněný zdravotní stav - Nejsou to pouze přidružené nemoci, ale také léky, které mají nepříznivý vliv na rozvoj vzniku dekubitů. Řadíme mezi ně například hypnotika, analgetika, dopamin, adrenalin a noradrenalin. Chemoterapie i radioterapie mají negativní vliv na hojení ran a defektů. Zvýšená rizikovost je také u pacientů s onemocněním AIDS, s roztroušenou sklerózou a u nemocných po CMP.

U čerstvého plegika může dekubit vzniknout dříve než u ostatních K/P, čili můžeme problém objevit i při dodržování dvouhodinových polohovacích intervalů. To je dáno tím, že při poruchách CNS a PNS vzniká nejvýraznější snížení odolnosti pokožky na tlak. Dále sledujeme nebezpečnou i poruchu cití při nošení těsných oděvů, bot, při špatném napnutí podložky v posteli, upnuté pleně, atd.

¹¹ MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2. Str. 15.

U nemocného s postižením mozku nemusí být porucha citlivosti, naopak lidé nezvládají sebepečí a jsou odkázáni na pomoc ošetrovatelského personálu. Jedním z příkladů je CMP, která se projevuje u každého K/P odlišně. Někdo sebepečí zvládá bez ošetrovatelského personálu, někdo potřebuje malou pomoc a někteří pacienti/klienti jsou opět odkázáni zcela na pomoc druhých.

O dekompenzovaném diabetu už byla zmínka ve výživě. Nebezpečným je ale také kompenzovaný DM. Vše je dáno tím, že při tomto onemocnění dochází k poruše mikrocirkulace, onemocnění cév a tím i ke vzniku dekubitů. U diabetiků dochází k poruše citlivosti dolních končetin, k tzv. neuropatii, díky které si pacienti/klienti neuvědomují tlak, jež je vyvíjen špatnou obuví či těsnou ponožkou. (7, 8)

„Nemoc porušuje obranyschopnost a regeneraci organismu. Zvláště těžké dlouhotrvající choroby, maligní onemocnění, infekční nemoci, choroby vedoucí k poruše krevního oběhu – onemocnění srdce a cév, ateroskleróza, anémie, selhání ledvin, apod.“¹²

2.4 Klasifikace dekubitů

Klasifikace dekubitů je důležitá pro hodnocení míry závažnosti vzniklých defektů. Zajisté musíme vědět, že se tlakové postižení šíří z hloubky na povrch, což znamená, že i u nepatrně poškozené kůže může být velké poškození pod povrchem. Je vytvořeno několik klasifikací od různých autorů. Klasifikace mají buď 3, nebo 5 stupňů dekubitů. Čas, za který se dekubitus vytvoří, je zcela individuální. Je důležité umět rozpoznat již počáteční příznak, a proto je bezpodmínečně nutné znát klasifikace dekubitů od jakéhokoli autora. Spodina dekubitu je tvořena periostem, fascií nebo kostí.

2.5 Základní čtyři stupně dekubitů

1. stupeň – bez poruchy integrity kůže

V tomto stupni dochází k zarudnutí a otoku kůže, které jsou pouze přechodné. Subjektivně může pacient/klient cítit mírné pálení či svědění. Toto počáteční stadium je

¹² MIKŠOVÁ, Zdeňka; a kol. Kapitoly z ošetrovatelské péče 1. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6. Str. 45.

reverzibilní (vratné). Zčervenání po odlehčení mizí. Může ovšem nastat zvazivovatění tukové vrstvy. Podkoží se může také infikovat a vytvořit flegmónu až sepsi organismu.

2. stupeň – s částečnou poruchou integrity kůže

Při tomto stupni jsou již patrné známky zánětu, mezi které se řadí zarudnutí, otok, teplá pokožka. Můžeme objevit drobné puchýře. Charakteristická je ovšem hyperémie, která nemizí ani po vymizení tlaku na dané místo. V tomto stadiu udává pacient bolest. Zhojení této fáze je možné, ale zdlouhavé.

3. stupeň – zničení všech vrstev stlačených mezi podložkou a kostí

Ve třetím stadiu dekubitu je typické porušení pokožky, škáry, tukové i svalové vrstvy. Většinou vzniká nekrotická tkáň, kterou je nutno chirurgicky odstranit. Po odstranění zůstává hluboký defekt. Ten je nutno zaléčit, aby nevznikla infekce a následná sepse organismu. Bolestivost při fázi s nekrózou pacient/klient neudává. Hojení je dlouhodobé, ale možné. Po zhojení zůstává v místě původního defektu jizva.

4. stupeň – zničení všech vrstev plus postižení kostí

Tato fáze odpovídá 3. stupni, avšak přidává se ještě poškození kosti, popřípadě i okolních kloubů. Mohou se vytvářet i píštěle do dutiny břišní, močového měchýře a rekta. Léčba je dlouhodobá. Někdy přistupujeme i k léčbě chirurgické. (24)

Všechny čtyři stupně dekubitů jsou znázorněny v Příloze č. 3.

2.5.1 Klasifikační stupnice pro hodnocení dekubitů

Danielova klasifikace dekubitů:

- I. Zarudnutí kůže
- II. Povrchové kožní vředy
- III. Nekróza podkožního tuku
- IV. Postižení všech hlubších struktur kromě kostí
- V. Rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, sekvestrace kostí nebo destrukce kloubů

Seilerovo posuzování vzhledu proleženin

A – „čistá“ granulující rána bez nekróz

B – rána špinavá povleklá se zbytky nekróz, okolí není infikováno

C – rána jako ve stadiu B, ale s infiltrací okolní rány anebo s projevy celkové infekce
(14)

Stupnice dekubitů dle Válka:

1. Reverzibilní změny – zarudnutí, otok, tlak prstu zanechává bledé místo
2. Nekróza podkoží a tuku
3. Nekróza kůže
4. Tvorba různě hlubokých, rozsáhlých a infikovaných dekubitů

Klasifikace podle Sterlinga

- 1. Stupeň** - Vzniká lehce začervenalá kůže, která není jinak poškozená. Příznačný je mírný tok, zduření postižené části. Erytém nemizí ani po zatlačení prsty. Změny v tomto stupni jsou vratné (reverzibilní), avšak je nutné předcházet dlouhodobému tlaku v oblasti začervenaní, jelikož se podkoží může měnit na vazivo.
- 2. Stupeň** - Při tomto stupni vzniká již poškození kůže, která je oteklá a bledá. Může vznikat puchýř nebo bývá obnažená škára. Může imitovat odřeninu.
- 3. Stupeň** - Poškozena je skoro celá vrstva kůže, která se pomalu ztrácí.
- 4. Stupeň** - V tomto stupni jsou poškozeny všechny vrstvy kůže i svaly. Dekubit může proniknout až ke kosti. Postupně vzniká nekróza. (11)

Klasifikace dle Torrance

- 1. Stupeň** – hyperémie: V tomto stupni je patrné začervenaní kůže, které ovšem po stlačení prsty mizí. Díky tomu je jasná neporušená mikrocirkulace. Kůže není nijak poškozena.
- 2. Stupeň** – trvalá hyperémie: Tento stupeň je charakteristický trvalou hyperémií, která přetrvává i po stlačení daného místa. Kůže je již porušená a může docházet ke zvředovatění.
- 3. Stupeň** – zvředovatění postupuje přes škáru: Nyní se barva kůže mění do modrofialového zbarvení a dochází k rozpadu tkáně.

4. Stupeň – vřed se rozšiřuje do subkutánní fascie: Dekubitus se přesouvá až do podkoží a svalů. Může vyvolat zanícení a otok. Narůstá bolestivost defektu.

5. Stupeň – infekční nekróza: Vzniká destrukce svalu, otevřený defekt proniká až ke kosti. Barva dekubitu je černá. (3, 5)

2.6 Predilekční místa

Jako predilekční místa označujeme oblast, kde se může dekubitus nejčastěji vyskytnout. Měli bychom brát na tyto místa větší ohled a kontrolovat pravidelně vzhled pokožky, a to nejlépe při každém polohování. Tato místa jsou nejvíce ohrožena vznikem dekubitů. Také je dobré, používat na taková místa ochranné krémy a dbát na správnou hygienu. Predilekční místa rozdělujeme dle polohy pacienta/klienta.

Jak již bylo zmíněno v kapitole dekubity – definice, dekubity nevznikají jenom na kůži, ale mohou vznikat také na sliznicích (dutina nosní, ústí močové trubice, dásně).

Je známo, že více nebezpečná je doba působení tlaku, než jeho intenzita, díky tomu je možné říci, že déle trvající tlak může být nebezpečnější než krátkodobé působení tlaku s vyšší intenzitou. (3, 8)

Predilekční místa při poloze na zádech - Při poloze pacienta/klienta na zádech s mírně podloženou hlavou shledáváme jako nejrizikovější oblasti pro vznik dekubitů paty a oblast kosti křížové, dále pak oblast 7. krčního obratle, který tvoří tzv. opěrný bod. Pozor si musíme dát i na loketní klouby a kost týlní, která bývá díky vlasům často přehlížena. U pacienta/klienta, který zaujímá polohu v polosedě, musíme brát zřetel na výskyt střížné síly a tím pádem na větší zatížení oblasti kosti křížové.

Predilekční místa při poloze na boku - Další poloha pacienta/klienta je poloha na boku. V této poloze je nejrizikovější oblastí hřeben lopaty kosti kyčelní. V tomto místě se soustřeďuje většina váhy, a proto je tu největší působící tlak na podložku. Mezi další predilekční místa řadíme ramena, kolena, oblast kotníků a palce u nohou. Opomenutá by neměla zůstat ani kost spánková či oblast ucha.

Predilekční místa v poloze na břiše - Přestože není tato poloha ošetrovatelským personálem příliš používána, je nutné zmínit predilekční místa i zde. Mezi nejčastější predilekční místa v této poloze patří kolena, hřebeny lopaty kosti kyčelní, palce dolní končetiny a nártý, lícní kosti, ucho i čelo, záleží na otočení hlavy. (3, 8, 17)

Nejčastější predilekční místa vzniku dekubitů ve výše zmíněných polohách jsou znázorněny v Příloze č. 4.

2.7 Hodnotící škály

Dekubity hodnotíme pomocí několika stupnic. V zahraničí je popsáno až 17 stupnic, nejpoužívanější a nejznámější jsou ovšem stupnice podle Nortonové, Bradenové, Waterlowa či Shannon. Hodnotící škály používají všeobecné sestry k vyhodnocení míry rizikovosti pacienta/klienta ke vzniku dekubitů. Nemocnice může používat takovou stupnici, kterou uzná za vhodnou. Nejpresnější jsou ovšem rozsáhlejší stupnice, které pacienta přesněji zařadí do rizikové skupiny. Tyto škály nám umožní zařadit pacienta a dle výsledku zahájíme okamžitou prevenci dekubitů. U rizikových K/P je nutná maximální ošetrovatelská péče. (8)

Ačkoli nastal velký rozvoj antidekubitních pomůcek a matrací, stejně je v prevenci nejdůležitější všeobecná sestra, která musí umět vyhodnotit rizikovost pacienta/klienta a zahájit okamžitá opatření v předcházení dekubitů. Důležitá je také vzdělanost sester v oblasti prevence dekubitů. Jako ošetrovatelský personál musíme znát preventivní antidekubitní pomůcky a především je musíme umět používat.

2.7.1 Hodnocení soběstačnosti pacienta/klienta

V prevenci dekubitů není postačující zhodnotit pouze samotné riziko dekubitů, ale jako sestry musíme umět vyhodnotit i soběstačnost pacienta/klienta, která hraje u vzniku dekubitů velmi důležitou roli.

Nemocné můžeme rozdělit do čtyř skupin:

1. Nemocní zcela soběstační.
2. Nemocní částečně soběstační, kteří jsou schopni sebeobsluhy i mimo lůžko, avšak potřebují pomoc ošetrovatelského personálu.
3. Nemocní zcela či částečně soběstační, kteří jsou upoutáni na lůžko. Mohou to být i pacienti/klienti, kteří jsou psychicky dekompenzovaní a vyžadují pomoc sestry.

4. Nesoběstační pacienti/klienti, kteří jsou upoutáni na lůžko nebo psychicky dekompenzovaní. Řadí se sem samozřejmě i nemocní v bezvědomí. (24)

Abychom mohli posoudit soběstačnost nemocného, existují různé měřicí a hodnotící systémy. Nejvíce používané jsou Barthel test a Test instrumentálních všedních činností.

Barthel test - Tento test slouží k posouzení soběstačnosti pacienta/klienta. Je to jeden z nejpoužívanějších a nerozšířenějších testů. Hodnotíme schopnost nemocného v sebeobsluze, kam řadíme např. najedení, napití, oblékání, hygienu, kontinence moče a stolice a chůzi. Hodnotí se celkem 10 činností, za které může pacient získat nejvíce 100 bodů. Lehká závislost vzniká, pokud má klient 65-95 bodů, 45-60 bodů má nemocný se závislostí středního stupně a zcela závislý K/P má 40 bodů a méně. (viz Příloha č. 5) (24)

Test instrumentálních všedních činností - U tohoto testu zjišťujeme schopnost jízdy dopravním prostředkem, telefonování, nakupování, domácí práce, vaření, práce kolem domu, užívání léků a finance. Celkem můžeme pacienta/klienta hodnotit 80 body. Pokud získá klient pod 40 bodů, stává se zcela závislým. (24)

2.7.2 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Všechny hodnotící škály jsou zaměřeny na pohyblivost, stav výživy, vyprazdňování, celkový stav nemocného. Hodnocení rizika vzniku dekubitů provádíme u všech pacientů/klientů již při příjmu. Je pravděpodobné, že vyšší riziko pro rozvoj proleženin bude mít klient se sníženou soběstačností. (15)

Nortonova stupnice - Původní stupnice, která vznikla v roce 1962, obsahovala pouze pět položek, ke kterým patří fyzický stav, stav vědomí, aktivita, pohyblivost a inkontinence. (viz Příloha č. 6) *„Po sečtení bodů zjistíme riziko vzniku dekubitů od pravděpodobně žádného rizika (17 - 20 bodů) až po velmi vysoké riziko (5 - 9 bodů).“*¹³

¹³ KEPRTOVÁ, I. Dekubitus - Chyba v ošetřování?. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2006. Bakalářská práce. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/101025/lf_b/text.pdf>. Str. 10

Vzhledem k nedostačujícímu hodnocení byla tato stupnice v roce 1989 modifikována a vytvořena stupnice taková, jakou ji dnes všichni známe. (viz Příloha č. 7) V naší republice je nejvíce rozšířený a nejvíce používaný právě tento test, ve kterém hodnotíme schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, přidružené onemocnění, tělesný stav a mobilitu, stav vědomí a aktivitu. Pacient/klient může získat maximálně 36 bodů. Zvýšené riziko je u nemocného, který získá méně než 25 bodů. Takový pacient/klient se stává rizikovým a je u něj důležitá ošetrovatelská péče. (24)

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Shannon - Test je velice podobný škále dle Nortonové. V tomto hodnocení zjišťujeme duševní stav, kontinenci, mobilitu, aktivitu, výživu, cirkulaci, tělesnou teplotu a medikaci. Rizikový je pacient/klient, který získá 16 bodů a méně. (24)

Bradenovo – Bergstromovo skóre hodnocení rizika vzniku dekubitů - V této stupnici hodnotíme citlivost, vlhkost, které je kůže vystavena, aktivitu, mobilitu, výživu a tření. Pokud dosáhne nemocný 12 a méně bodů, vzniká zde veliké riziko vzniku dekubitů. Tato škála byla testována na různých odděleních a je používána nejvíce v intenzivní péči. (24)

Škála Waterlow - Tato škála je podrobnější než hodnocení rizika podle Nortonové, díky tomu je mnohem přesnější. Oproti předchozím stupnicím hodnotíme i pohlaví, chuť k jídlu, medikaci a operace. V této stupnici je obrácené hodnocení oproti předchozím testům. Čím vyšší skóre nám vyjde, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů. Tato stupnice je nejvíce používána ve Velké Británii. (15, 24)

Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám - V této stupnici jako všeobecné sestry hodnotíme stav zdraví, mentální stav, aktivitu a pohyblivost, inkontinenci, příjem potravy a tekutin, náchylnost k chorobám. Některé stavy můžeme spočítat dvojnásobně, pokud je např. velmi omezená pohyblivost. V takovém případě je daná položka označena hvězdičkou. Pokud má klient více než 12 bodů, je ohrožen vznikem proleženin. (24)

„Hodnocení pacientů je prováděno při jejich příjmu a dále v pravidelných intervalech podle stavu pacienta a při jakékoliv změně. Doporučuje se rozpětí od maxima 1x denně a minima 1x týdně. Platí zásada, že hodnocení je dokumentováno.“¹⁴

2.8 EPUAP (Evropský poradní sbor pro otázky proleženin)

„Cílem EPUAP je poskytnout úlevu osobám trpícím proleženinami nebo s rizikem jejich vzniku, především cestou výzkumů a vzdělávání veřejnosti.“¹⁵ EPUAP stanovil kritéria pro hodnocení dekubitů, které postihují velké spektrum pacientů/klientů. Byly vypracovány postupy, kterými se snaží zabránit vzniku dekubitů a předcházet jim. Vše vychází ze studií, kazuistik a názorů expertů. Doporučené postupy EPUAP se týkají prevence, léčby a výživy klientů s proleženinami. (11)

Postup pro prevenci dekubitů - Do postupu pro prevenci EPUAP zařadil hodnocení rizika, ochranu kůže proti tlaku a před vlivy vnějších mechanických sil, součástí je také hodnocení.

Postup pro léčbu dekubitů - Tento postup v sobě zahrnuje hodnocení dekubitů, posouzení komplikací, používání vhodných pomůcek a tím mírnění tlaku na pokožku K/P, ošetřování proleženin a kontrolu infekce rány. (11)

„Postup pro výživu při prevenci a léčbě proleženin - Existuje příčinná souvislost mezi výživou a vznikem proleženin. Nedostatečná výživa může snižovat odolnost tkání vůči tlaku. Tlak a výživa jsou dva klíčové faktory, které můžeme přímo ovlivnit.“¹⁶

Mezi základní 4 body patří nutriční screening, nutriční intervence při prevenci dekubitů, nutriční intervence již u vzniklých dekubitů a bezesporu i vzdělávání ošetřujícího personálu. (11)

Screening a hodnocení nutričního stavu - Screening můžeme jednoduše provádět zjišťováním hmotnosti a výšky pacienta/klienta, ze kterých vypočítáme BMI. Vážení by mělo probíhat vždy zhruba ve stejnou denní dobu. Je také důležité zjistit, jestli pacient

¹⁴ MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2. Str. 20.

¹⁵ CLARK, M. EPUAP – Doporučené nutriční postupy pro prevenci a léčbu dekubitů. 2003. Dostupné z WWW: <<http://www.cslr.cz/admin/files/EPUAP-Doporucene-nutricni-postupy-pro-prevenci-a-lecibu-dekubitu.pdf>>. Úvodní strana.

¹⁶ PEJZNOCHOVÁ, Irena. Lokální ošetřování ran a defektů na kůži. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 76. ISBN 978-80-247-2682-3. Str. 27.

zhubl. Pokud ano, zjistíme kolik kilo a za jakou časovou jednotku. Na některých odděleních může být zjišťování výšky a váhy pacienta/klienta problematické. (16)

„Nutriční hodnocení může také zahrnovat nutriční příjem za poslední jeden, tři nebo sedm dnů; tuto informaci lze zjišťovat za posledních 24 hodin na základě vlastních záznamů pacienta o příjmu stravy nebo záznamů ošetřujícího personálu nebo tam, kde je to možné, prostřednictvím nutričního terapeuta.“¹⁷

Nutriční intervence - Cílem nutriční intervence je zajištění správného stravování, vyváženého energetického příjmu a výdeje. Jestliže nemůžeme podávat větší množství potravy perorálně, měli bychom zvážit možnost podávání perorálních nutričních doplňků, které jsou bohaté na bílkoviny a energii. Vše bychom měli zdokumentovat a vyhodnotit. Musíme sledovat účinek podané stravy a eventuálních nutričních doplňků. Doporučení, které vydalo EPUAP, zahrnuje pravidelné zjišťování a zaznamenávání hmotnosti a stavu kůže. Nutné je zapisování příjmu stravy a nutričních přípravků. Nutriční doplňky se podávají pouze tehdy, pokud nemůžeme zvýšit perorální příjem stravy. (16)

3 PREVENCE DEKUBITŮ

Pojem prevence můžeme definovat jako předcházení nějakému nežádoucímu vlivu, v tomto případě předcházení dekubitů. Primární prevence zkoumá předpoklady a jevy, kterým se má předcházet. Volíme takové postupy, které zabrání vzniku nežádoucího vlivu. Sekundární prevence zachycuje již vzniklé jevy a snaží se předcházet prohloubení problému. Terciální prevence se snaží zabránit znovuoobnovení nežádoucího jevu.

Ve vztahu k dekubitům je prevence tou nejdůležitější prací ošetrovatelského personálu. V případě dodržování všech zásad a doporučení, lze téměř ve všech případech účinně dekubitům předcházet. Ohled musíme brát také na to, že samotná prevence je finančně méně náročná než následná dlouhodobá péče o již vzniklý defekt. Jak již bylo zmíněno, je důležité prvotní zařazení pacienta dle rizikovosti a dle toho mu

¹⁷ CLARK, M. EPUAP – Doporučené nutriční postupy pro prevenci a léčbu dekubitů. 2003. Dostupné z WWW: <<http://www.cslr.cz/admin/files/EPUAP-Doporuocene-nutricni-postupy-pro-prevenci-a-lecbu-dekubitu.pdf>>. Str. 4.

věnovat příslušnou ošetrovatelskou péči. Toto opatření provádíme ihned při příjmu K/P.
(24)

„Zásady prevence:

- snížení tlaku na tkáň pacienta,
- blokování zevních mechanických vlivů,
- hygiena,
- normalizace celkového stavu,
- organizace prevence ve zdravotnickém zařízení. “¹⁸

Obecná pravidla prevence vzniku dekubitů - Ze všeho nejdříve vyhodnotíme rizikovost nemocného dle škálování, které je uvedeno výše. Dále přistupujeme k pravidelným kontrolám predilekčních míst, jež můžeme důkladně masírovat masážním krémem. Důležitou roli hraje také hygiena. Používáme individualizované pomůcky. Provádíme důkladnou hygienu a mnohem důkladnější osušení a ošetření pokožky krémem. Lůžko udržujeme v čistotě a v suchu. Nepoužíváme gumové podložky. V případě nutnosti je možno pacienta podložit jednorázovou podložkou. U inkontinentních nemocných provádíme hygienu několikrát denně, vždy dle výše popsaného postupu. Volíme pomůcky a oblečení z přírodních materiálů. Dále zajistíme polohování pacienta/klienta dle polohovacích hodin. K této činnosti můžeme použít antidekubitní pomůcky, které snižují tlak na pokožku. Zajistíme také dostatečnou hydrataci pacienta/klienta a podáváme vhodnou stravu s dostatkem bílkovin. Vše následně zapíšeme do dokumentace. (3, 21)

3.1 Rehabilitační ošetrovatelství

Rehabilitační ošetrovatelství nebo také ošetrovatelská rehabilitace je uplatnění rehabilitačních principů do ošetrovatelských úkonů s cílem zkvalitnit péči o pacienta. Je to nedílná součást komplexní ošetrovatelské péče. Využíváme pravidel fyzioterapie. Při takové péči musí všichni zúčastnění umět praktickou manipulaci s nemocným. Tuto rehabilitaci může provádět sestra, lékař, fyzioterapeut i rodinný příslušník. Mezi základní prvky patří polohování, manipulace s pacientem s cílem dosažení lokomočních schopností opakovaným prováděním normálních pohybových projevů.

¹⁸ MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2. Str. 25.

Do rehabilitačního ošetřovatelství patří dále péče o průchodnost dýchacích cest (inhalace, zvlhčování, odsávání, uvolnění hlenů) a péče o celkovou pacientovu kondici s cílem udržet pacienta v nejvyšší možné kondici pomocí aktivních a pasivních pohybů. Prevence tromboembolické nemoci a psychologický aspekt řadíme také do ošetřovatelské rehabilitace. Z tohoto rozsáhlého tématu je v práci zmíněno pouze rehabilitační ošetřovatelství, které souvisí s prevencí vzniku dekubitů. (6, 22)

3.2 Polohování

Do preventivního polohování, které provádí ošetřovatelský personál, řadíme změny poloh a správné postavení končetin. Pokud je pacient/klient částečně soběstačný, je možno mu změnu poloh pouze připomínat.

Korekční polohování provádí rehabilitační pracovníci, pokud u pacienta/klienta došlo k nežádoucím změnám v postavení končetin. Po poučení rehabilitačním pracovníkem může tuto činnost vykonávat i všeobecná sestra. Dále existuje tzv. protibolestivé polohování, které zaujímá K/P v případě bolestí. Je to aktivní poloha, kterou si nemocný zaujme sám. (6)

Pasivní polohování a vertikalizace jsou tzv. asistované změny polohy, které snižují tlak na tkáň pacienta/klienta. Působící tlak nesmí překročit prahovou hodnotu. Intervaly změny polohy jsou různé dle typu onemocnění. V případě imobilního pacienta/klienta je změna polohy potřeba po 2 hodinách. „*Jestliže se při daném intervalu objeví nový dekubit nebo se stav může zhorší, je nutné interval mezi změnami polohy ihned zkrátit.*“¹⁹ Polohování je náročné nejen pro samotného imobilního nemocného, ale také pro ošetřující personál, který má mnohdy vertebrogenní potíže a tělesné vyčerpání. U velmi obětavých sester může dojít i k trvalé invaliditě, proto je nutné do polohování zapojit přiměřený počet osob. K ulehčení nám slouží antidekubitní matrace, ať už matrace pasivní či aktivní. Velkým ulehčením jsou pro nás také elektrická polohovací lůžka. Můžeme říci, že je polohování nejdůležitější součástí prevence vzniku dekubitů (8, 24)

¹⁹ MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2. Str. 26.

V lůžkových zařízeních je často využíváno systému polohovacích hodin (viz Příloha č. 8), které slouží k přesně načasovanému polohování. Víme nejen to, v kolik hodin pacienta/klienta napolohovat, ale také máme danou následující polohu. Od šesti hodin ráno měníme polohu každé dvě hodiny, střídáme polohu na zádech, boku, na břiše, na druhém boku a v mezipolohách. Od půlnoci prodlužujeme frekvenci změny polohy na tři hodiny. U pacientů/klientů s větším rizikem vzniku dekubitů je dobré, naplánovat si častější změnu polohy. Je také nutné, stanovit si plán polohování vzhledem k denním aktivitám pacienta/klienta. Polohování nesmí být nikdy bolestivé. (6)

Ukládání končetin

„V poloze na zádech a na břiše jsou voleny polohy extenční, s nepatrným podložením kolen nebo bérců, aby koleno bylo v mírné flexi. Noha je v nulové poloze (90°). V lehu a na bocích jsou končetiny ukládány do flekčních poloh. Dolní končetina na volné straně musí být podložena polštářem, aby nedocházelo k přetahování svalů kyčlí a k přepádávání končetiny do addukce a vnitřní rotace.“²⁰

3.2.1 Nejčastěji užívané polohy

Dorzální poloha - V této poloze bude mít pacient/klient menší polštář, který brání záklonu hlavy. Postižená horní končetina bude v ramenním kloubu v zevní či ve vnitřní rotaci, s nataženým loktem podél trupu a s ramenem v zevní rotaci. Dolní končetiny se nesmí vytáčet ven. Kyčelní kloub musí být ve středním postavení a kolena se mírně podloží, plosky nohou se musí o něco opírat. Mezi dorzální polohu řadíme také Trendelenburgovu polohu, kdy má pacient hlavu níž než dolní končetiny, úhel náklonu může být až 30°. Tato poloha slouží k lepšímu prokrvení mozku a provádí se také při operacích v pánevní oblasti. Dále existuje poloha částečná na zádech, tzv. mezipoloha dorzálně-laterální, kdy má K/P vypodložená záda. Nevýhodou dorzální polohy je zhoršené dýchání (omezení pohybu hrudníku a bránice). (13, 25)

Laterální poloha - V této poloze bude mít pacient polštář pod hlavou i za zády (lepší udržení polohy). Spodní ruku má pacient položenou na polštáři vedle hlavy a vrchní paže může být na dalším polštáři před trupem nebo může být natažená podél trupu. Dolní vrchní končetina je mírně pokrčena v kyčli a v koleni před trupem

²⁰ KLUSOŇOVÁ, Eva; PITNEROVÁ, Jana. Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti. 2. dopl. vyd. Brno: NCONZO, 2005. s. 117. ISBN 80-701-3423-2. Str. 19.

nemocného a je podepřena polštáři. Spodní končetina je natažená, plosky musí být opět zapřeny. Výhodou této polohy je zlepšené dýchání. (13, 25)

Pronační poloha - V takovém případě má pacient hlavu mírně podloženou a otočenou na stranu. Pod břicho můžeme dát polštář od žeber do hrbole kyčelních lopat. Horní končetiny budou v tomto případě v zevní rotaci buď s nataženými, nebo pokrčenými lokty. Může být také pokrčena pouze jedna končetina a druhá položena podle těla. Nárty budou v anatomickém postavení nejlépe přes okraj matrace. (13, 25)

3.2.2 Jak předcházet úrazům ošetřujícího personálu

Jak již bylo zmíněno, samotné polohování je náročné pro nemocného ale také pro ošetrovatelský personál. Je nutné znát zásady práce, mezi které patří např. suchá podlaha, práce s pokrčenými dolními končetinami. Snažíme se pacienta nepolohovat s ohnutými zády. Při námaze zapojíme i stehenní a sedací svaly. Také je důležité zvolit si správnou obuv, která bude protiskluzová a s páskem kolem nohy. Nemocného nadzdviháváme k sobě, povzbuzujeme ho a vybízíme ho ke spolupráci. Nikdy pacienta po lůžku neposouváme, vždy je nutné K/P nadzdvihnout. (1)

3.3 Antidekubitní pomůcky

Do antidekubitních pomůcek lze zařadit vše, co používáme u pacienta/klienta k prevenci vzniku dekubitů. Řadíme sem polohovací lůžka, antidekubitní matrace a polohovací pomůcky. Na všechny antidekubitní pomůcky jsou kladeny požadavky, mezi které se řadí snadná použitelnost, bezpečnost pro pacienta i pro ošetřující personál, snadná udržitelnost a cenová dostupnost. Pomůcky musí splňovat optimální účinek a nesmí pacienta omezovat v hybnosti. Všechny tyto pomůcky jsou rozpracovány níže. (3)

3.3.1 Polohovací lůžka

Polohovací lůžka jsou dvojího typu. První typ jsou tzv. mechanická lůžka (viz Příloha č. 9), která představují pro personál velkou zátěž na pohybové ústrojí, dochází k rotaci trupu, časté předklánění a ohýbání se. Navíc se při manipulaci s takovou postelí zvyšuje riziko úrazu. Pro pacienta jsou tyto lůžka nevýhodná z důvodu zvýšeného tření a střižných sil. Imobilní pacienti jsou na takovém lůžku odkázáni na pomoc ošetřovatelského personálu. Druhým typem lůžek jsou tzv. lůžka elektrická (viz Příloha č. 10). Ta mají polohovatelný zádivý díl, lýtkovou část a je možné měnit jejich výšku. Tato lůžka nám usnadňují polohování pacienta/klienta. Nemocný si navíc může polohu měnit sám pomocí ovladače. U elektronických lůžek se snižuje riziko vzniku úrazu. „*Polohovatelné lůžko zvýší účinek antidekubitní matrace, protože časté změny polohy redukuje a přemísťují tlak působící na pacienta.*“²¹ (8)

3.3.2 Antidekubitní matrace

Antidekubitní matrace jsou velice vhodné pro imobilní pacienty/klienty. Pracují na principu rozložení tlaku na větší plochu pacientovi kůže. Existují tři typy těchto matrací: aktivní, pasivní (statické) a dynamické.

Aktivní antidekubitní matrace (viz Příloha č. 11) - Aktivní antidekubitní matrace zahrnují všechny podložky pro pacienta/klienta se střídavým rozložením tlaku, který je zajištěn neustálým nafukováním a vyfukováním buněk. Používáme je k prevenci, ale i k léčbě již vzniklých dekubitů především 1. a 2. stupně. „*Podpůrné povrchy se střídavým pohybem napodobují přirozené pohyby během spánku, zabraňují dlouhodobému stlačení tkání (k jakému dochází na statických površích), a tak chrání před ischemií.*“²²

Antidekubitní matrace můžeme upravit buď na manuální nebo automatické nastavení. Manuální nastavení volíme u pacientů, kteří jsou schopni se v lůžku alespoň

²¹ MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2. Str. 29.

²² MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2. Str. 42 – 43.

trochu sami polohovat. I zde je ovšem nutná přítomnost kvalifikovaného personálu. Automatické nastavení pracuje na principu regulátoru, který sám automaticky mění tlak v matraci a tím zabraňuje dlouhodobému působení tlaku. Tento systém udržuje vysokou úroveň pohodlí.

Kontraindikací aktivních matrací jsou pacienti po CMP, po amputaci, K/P se zlomeninami páteře a s nestabilními zlomeninami. Důvodem kontraindikací je nestabilní povrch, jenž může snižovat pacientovu pohyblivost a tím snižovat i možnost, aby se nemocný v lůžku sám obracel. Kontraindikaci představují také drobné operační zákroky provádějící se přímo na lůžku a tělesná hmotnost pacienta nad 140 kilogramů. (8, 24)

Pasivní antidekubitní matrace (viz Příloha č. 12) - Tyto typy matrací jsou vyráběny z polyuretanové pěny nebo z polyuretanové pěny studené a jsou vhodné pro pacienty s nízkým až středním rizikem vzniku dekubitů. Zabořením těla do podložky se dosáhne vysokého kontaktu těla s podložkou a tím ke snížení kontaktního tlaku v predilekčních místech. Použití této matrace je u pacienta do 120 kilogramů. (19)

Dynamické matrace (viz Příloha č. 13) - Tyto matrace jsou vhodné pro vysoce rizikové pacienty/klienty a pro K/P s výskytem dekubitu 3. a 4. stupně. Je možné zvolit si aktivní nebo statický režim. Matrace fungují na principu střídavého působení tlaku s provzdušňováním, které zabraňuje vzniku vlhkosti. Tento typ matrace umožňuje uložení pacienta do pronační polohy (na břicho). Je vhodný i pro pacienty do 250 kilogramů. (3, 24)

3.3.3 Polohovací pomůcky

Pomůcky sloužící k polohování jsou nyní již snadno dostupné. Existuje nepřeberné množství těchto pomůcek (viz Příloha č. 15). Můžeme vybírat z věnečků, kruhů, klínů, polštářů, korýtek, kvádrů, válců, atd. Tyto pomůcky zabraňují přílišnému působení tlaku na tkáň pacienta/klienta. Pomáhají udržet polohu nemocného a zvyšují komfort a pohodlí v lůžku. Pomůcky jsou vyráběny z několika materiálů, nejčastěji to jsou molitanové pomůcky s omyvatelným povrchem. K vidění jsou také velice často

pomůcky s polystyrenovými kuličkami, tzv. perličkové, s dutými vlákny či pudrové pomůcky, které obsahují speciální pudr. V případě gelové pomůcky se jedná o gel, který je tužší konzistence s různou velikostí, nejvíce používané jsou na operačních sálech. Při používání klademe důraz na co nejmenší počet pomůcek v lůžku, a především musí nemocný ležet co největší plochou těla na podložce, ovšem poloha musí být pro samotného pacienta pohodlná. (8, 24)

Kromě požadavků, které jsou kladené na všechny antidekubitní pomůcky, klademe u těchto pomůcek důraz na propustnost látky pro molekuly páry, což zabraňuje pocení a vzniku vlhkosti. Dále je důležitá vodovzdornost potahu.

Nejčastěji používáme molitanové pomůcky, které jsou měkké, snadno stlačitelné a dobře omyvatelné. Můžeme pomocí nich vypodkládat kolena u pacienta v poloze na zádech, naopak v poloze na boku je dáme za záda nemocného, a tím udržujeme jeho polohu. Vyrábí se i malé molitanové válečky, jež vkládáme nemocnému do dlaně. Molitanové pomůcky nemusíme do ničeho povlékat, avšak je vhodnější mít mezi kůží a pomůckou textilií. Pro prevenci vzniku dekubitů v oblasti pat používáme nejčastěji tzv. botičky (viz Příloha č. 14), které se zapínají na suchý zip. Můžeme využít také věnečky. Pro prevenci dekubitů v oblasti kosti křížové lze použít pomůcky s otvorem na dané místo. Jestliže má pacient již vzniklý dekubit v oblasti sacra, musíme se snažit vymyslet jiné polohy a polohu na zádech volit minimálně. Pokud má ovšem K/P dekubity i v jiných oblastech a poloze na zádech se nevyhne, musíme snížit časový interval ve změně poloh. Pacienty je také často využívána tzv. dekuba. Tato pomůcka snižuje tlak na predilekční místo, ovšem snižuje tření a zajišťuje teplo. (5, 8, 6, 24)

Jako všeobecné sestry musíme umět improvizovat, jelikož polohovací pomůcky nemusí být na oddělení v dostatečném množství. Pomůcky můžeme nahradit např. polštářem, dekou nebo i pouhým povlečením. Často jsou využívány mulové čtverce, obinadla, která dáme nemocnému do dlaně místo molitanového válečku. Využít můžeme také věci, které má klient z domova. Příkladem mohou být perličkové polštářky, obyčejné polštáře nebo plyšová hračka. Možností je opravdu mnoho.

3.4 Prevence střížné síly

Vliv střížné síly na vznik dekubitů je popsán výše. Nejrizikovější polohou se v tomto směru stává tzv. Fowlerova poloha, kdy je pacienta/klient v polosedě. Ošetřovatelský

personál by měl nemocného řádně napolohovat a zabránit sjíždění těla po podložce. Nejúčinnější intervencí je podložka mezi chodidly nemocného a koncem postele. Můžeme využít jako zábranu i bedýnku, která má ovšem v případě špatného použití špatný vliv na postavení samotné nohy.

Dalším možným rizikem se stává přesun pacienta z lůžka na lůžko či na sedačku. Musíme dbát na to, aby pacient po podložce neklouzal, nýbrž aby byl nadzdviháván. Vhodné je nadzvedávání i se samotnou látkovou podložkou, která ulehčí práci personálu. Nebezpečné je samozřejmě i používání gumových podložek. Nedoporučuje se ani používání nafukovacích gumových pomůcek. (17, 24)

3.5 Hygiena a péče o pokožku

Hygiena je hlavním prvkem prevence vlhkosti, která může vzniknout v důsledku inkontinence nebo pocení. *„Především jde o omezení nepříznivého vlivu stolice, potu, moči, vaginálního sekretu a infekce na kůži v pánevní oblasti. V praxi to znamená úzkostlivé dodržování čistoty, což vyžaduje častou výměnu ložního prádla a plen.“*²³ V případě inkontinence působí na klientovu pokožku mnoho chemických látek, které způsobují společně s vlhkem maceraci kůže. V praxi by se vůbec neměly používat gumové či igelitové podložky. V některých případech není dostačující pouhá důkladná hygiena a osušení pacientovi kůže. Osušení kůže se neprovádí třením, ale je vhodné využívat tzv. tapování, kdy se vyvine na pokožku tlak. Musíme brát zřetel i na používání ochranných krémů a past, které snižují kontakt kůže s podložkou. Při aplikaci takových prostředků se zároveň doporučuje jemná masáž predilekčních míst. Ta je kontraindikována u všech stupňů dekubitů. Při nanášení pasty se doporučuje starou vrstvu pouze omýt při hygieně. Pokud je nutné smýt pastu řádně, používá se olej. Lze využívat také různá filmová krytí, jejichž účelem je zabránit tření pacientovi pokožky o lůžkoviny. Tyto materiály jsou velice drahé, a proto je jejich množství na oddělení nedostačující a tudíž u rizikových pacientů málo využívané.

U rizikových pacientů/klientů bychom měli provádět minimálně 1x denně kontrolu predilekčních míst. Inkontinence mnohonásobně zvyšuje rizikovost pacienta/klienta.

²³ MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2. Str. 52

Její řešení by nemělo být jen zavedení permanentního močového katetru. Můžeme používat plenkové kalhotky, které by měly být z prodyšného materiálu. Tyto kalhotky musíme měnit několikrát denně (po 6-8 hodinách) bez ohledu na jejich znečištění, aby nedocházelo k opruzeninám a k maceraci pokožky. Nejde pouze vyměnit plenu za plenu, mezi výměnou je nutná hygiena. (15, 17, 24)

3.6 Výživa

„Zdravá lidská kůže závisí na stravě nepřímo. Potrava ovlivňuje v první řadě celý organismus a dopad výživy na kůži je závislý na funkci vnitřních orgánů, na trávicím ústrojí, na funkci jater a na celkovém tělesném metabolismu.“²⁴ Výživa rizikového nemocného je velice důležitou součástí prevence vzniku dekubitů. Nedostatečná nebo špatná výživa ovlivňuje schopnost regenerace kůže, její pružnost a vláčnost. Riziková není pouze malnutrice, ale i nadváha. Na hojení ran působí negativně malý příjem bílkovin, dehydratace i hypovitaminózy.

Při příjmu nemocného se dělá nutriční screening, při kterém se zjišťujeme, zda pacient nezhubl, aniž by se o to pokoušel, zda nesnížil příjem potravy. Dále zjistíme, zda nemocný netrpí nechutenstvím, nauzeou, zda ho v poslední době netrápí průjem nebo zácpa. Při příjmu vyhodnotíme také BMI, ke kterému potřebujeme znát hmotnost a výšku K/P. V případě, že nelze hmotnost ani výšku zjistit, změří se obvod paže, odečte se číslo 5 a zapíše se BMI.

Hodnotíme stav kůže, sliznic, kožní turgor, chrup a soběstačnost pacienta při stravování. Dle ordinace lékaře hodnotíme příjem a výdej tekutin nebo příjem stravy. Geriatrické pacienty je vhodné k jídlu motivovat, neustále nabízet tekutiny, předcházet dehydrataci. K tvorbě dekubitů jsou náchylnější kachektičtí pacienti. Kachexie může být způsobena chronickou nechutí k jídlu, která je u starších osob častá. Nikde není dáno, že nemocný s malnutricí musí být kachektický. Problém může nastat s nízkým příjmem bílkovin, energie a tekutin. U některých K/P je ordinován tzv. sipping, což je usrkávání vysokoenergetických nápojů, které obsahují i velké množství vitamínů, minerálů a dalších živin. Mezi nejpoužívanější vysokoenergetické

²⁴ NOVOTNÝ, František. Záhady a zajímavosti lidské kůže. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. s. 120. ISBN 80-716-9961-6. Str. 82.

nápoje patří Nutridrink, Diasip, který je určen pro diabetiky, český výrobek Nutrilac a práškový přípravek Nutrison. (10, 17, 21, 24)

4 SHRnutí OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O RIZIKOVÉHO PACIENTA

Celá práce je psaná velice obecně bez vazby na jakéhokoli konkrétního pacienta/klienta, proto je velice těžké rozepsat zde kompletní ošetrovatelský proces. Rizikový pacient bude mít téměř vždy potíže se zvládnutím sebepečce, bude u něj snižená soběstačnost v kterékoli oblasti. Někteří pacienti mohou mít přidružená onemocnění, jež budou rizikovost vzniku dekubitů mnohonásobně zvyšovat.

Nejen všeobecné sestry musí umět správné postupy při prevenci vzniku dekubitů. Povědomí o prvcích, které tato problematika zahrnuje, by měl mít celý ošetrovatelský personál bez ohledu na dosažené vzdělání.

Všeobecná sestra musí ihned po přijetí u pacienta vyhodnotit míru rizikovosti pro vznik dekubitů pomocí výše zmíněných testů. Přehodnocování rizika se pak provádí minimálně 1x týdně. Všichni rizikovní pacienti v KNL musí mít označený náramek a dokumentaci zeleným štítkem. Informace získáváme od samotného pacienta, od rodiny nebo ostatního zdravotnického personálu.

Nízký stupeň rizika vzniku dekubitů – Takového pacienta podporujeme v mobilizaci, nenecháváme ho dlouho ležet na lůžku. Snažíme se zajistit přiměřené denní aktivity a připomínáme nutnost polohování. V případě pobytu na lůžku zabráníme vzniku otlaků na patách pomocí tzv. botiček. Zahájíme postupy proti vzniku nepřiměřené vlhkosti v lůžku, odstraníme gumovou podložku, obalíme antidekubitní pomůcky, případně pečujeme o správnou hygienu u inkontinentního pacienta. V případě přiměřené mobility pacienta nevyužíváme aktivní ani dynamické antidekubitní matrace!

Střední stupeň rizika vzniku dekubitů – U takového pacienta/klienta aplikujeme veškeré postupy jako u pacienta s nízkým stupněm rizika vzniku proleženin a dále využíváme systematické polohování za pomoci polohovacích hodin. Při změně polohy využíváme samozřejmě polohovací pomůcky.

Vysoký stupeň rizika vzniku dekubitů – Při zjištění takového rizika postupujeme stejně jako u předchozích pacientů a zároveň snižujeme intervaly při změně poloh. U pacienta využíváme aktivní či dynamické antidekubitní matrace.

Velmi vysoký stupeň rizika vzniku dekubitů – Nyní volíme opět stejná opatření jako u předchozích klientů, ale snížíme ještě více frekvenci změny poloh. Zajistě používáme antidekubitní matrace především aktivní nebo pasivní.

Obecně by se dalo říci, že u všech rizikových pacientů musíme dbát na správnou hygienu, kdy používáme jemná mýdla, pokožku nedřeme a při vysoušení využíváme tzv. tapování. Predilekční místa se musí řádně promasírovat. Při vzniku jakéhokoli stupně dekubitu místo naopak masírovat nesmíme. Při hygieně kontrolujeme u všech rizikových pacientů stav predilekčních míst. U inkontinentních pacientů provádíme hygienu několikrát denně, a to při každé výměně plenkových kalhotek či jiných inkontinentních pomůcek. Nemocným se sníženou soběstačností při hygieně dopomůžeme nebo hygienickou péči o ně samé převezmeme. Každý den provedeme výměnu ložního prádla, minimálně podložky. Prádlo musí být čisté, narovnané a suché.

Klademe důraz také na správnou výživu. Klientům podáváme stravu a nutriční doplňky dle ordinace lékaře. Strava musí být přizpůsobena stavu nemocného. Starší pacienty se ztrátou pocitu žízně musíme neustále upozorňovat na nutnost dodržování pitného režimu, popřípadě jim tekutiny nabízet. Dle dohody s lékařem je možné zavést hodnocení příjmu a výdeje tekutin či příjmu stravy. Opět musíme zjistit soběstačnost pacienta, popřípadě mu pomoci nebo ho nakrmit. (17, 24)

5 INDIKÁTOR KVALITY PÉČE

Jsou to všechny dílčí činnosti, které jsou prováděny s vysokou profesionalitou, se snahou o optimální výsledek a minimalizaci rizika pro pacienty, ve shodě se standardy a hodnotami, s ohledem na hospodárné vynaložení zdrojů a s naplněním obsáhlejšího očekávání P/K. Mezi sledované indikátory péče patří celkový počet hodin ošetrovatelské péče o pacienta za den, pády pacientů, spokojenost pacienta s léčbou bolesti, spokojenost pacienta s mírou edukace a poskytování informací, spokojenost pacienta s celkovou péčí, spokojenost pacienta s ošetrovatelskou péčí, výskyt nemocničních nákaz, spokojenost ošetrovatelského personálu a samozřejmě výskyt

dekubitů. Mezi metodiky sledování těchto indikátorů řadíme tvorbu standardů a provádění ošetrovatelských auditů, sledování indikátorů ošetrovatelské péče, analýzu výsledků, návrh a realizace opatření, pravidelné hodnocení kvality. V zahraničí je sledování indikátorů kvality péče docela běžné, naopak v České republice se tento projekt teprve pomalu rozjíždí. (18)

Ministerstvo zdravotnictví v České republice řešilo sběr dat o riziku, výskytu, původu a závažnosti dekubitů až do roku 2009, kdy byla stanovena jednotná metodika pro hodnocení. Sledování tehdy převzalo Národní referenční centrum. Do té doby byla ministerstvem vydána metodika ve Věstníku MZ ČR č. 6/2009. Historie sledování vzniku dekubitů sahá až do 90. let, kdy byla ovšem tato metodika nesjednocená. Ve zdravotnických zařízeních probíhá sledování dekubitů podle uvážení ošetrovatelského managementu či v závislosti na akreditaci. Důvody sledování jsou preventivní i ekonomické. Přínosem je větší bezpečí pro pacienta, zvýšená spokojenost, identifikace a vyhodnocení možných rizik a aplikace preventivních opatření.

Sledování výskytu se provádí podle speciálně vytvořeného softwaru, který zajišťuje sběr dat podle metodiky MZ a umožňuje celosvětové srovnání ukazatelů podle zjištěných referenčních hodnot. *„Metodika umožňuje publikovat ve spojení s použitým ASW výskyt rizika a výskyt dekubitů v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení a srovnávat výsledky šetření s referenčními hodnotami pro různé typy oddělení.“*²⁵

V rámci projektu je nabídnuto šetření dekubitů podle jednotné metodiky, celorepublikové srovnání ukazatelů dle referenčních hodnot, nastavení a přístup do webového rozhraní, vedení databáze a odborné školení na metodiku vyhodnocení rizika vzniku dekubitů. Mezi sledované ukazatele lze zařadit podíl počtu pacientů s dekubitem zjištěným v nemocnici z počtu rizikových pacientů, s nově vzniklým dekubitem v nemocnici, podíl počtu dekubitů zjištěných v nemocnici z počtu rizikových pacientů, podíl počtu nově vzniklých dekubitů. Jako standardizovaný ukazatel nám poslouží podíl počtu dekubitů nově vzniklých v nemocnici z predikovaného počtu nově vzniklých dekubitů. (9, 20)

²⁵ KOŽENÝ, P. Sledování dekubitů jako indikátoru kvality péče. Březen 2011. Dostupné z WWW: <<http://dekubity.nrc.cz/dekubity/novinky/sledovani-dekubitu-jako-indikatoru-kvality-osetrovatelske-pece>>.

„Národní referenční centrum navázalo na problematiku šetření dekubitů na národní úrovni. Plní tak svoji roli centrální referenční organizace zajišťující metodické a praktické služby, jejichž cílem je zvyšování kvality a efektivity péče, bezpečí pacientů a eliminace zbytečných nákladů.“²⁶

²⁶ KOŽENÝ, P. Sledování dekubitů jako indikátoru kvality péče. Březen 2011. Dostupné z WWW: <<http://dekubity.nrc.cz/dekubity/novinky/sledovani-dekubitu-jako-indikatoru-kvality-osetrovatelske-pece>>.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 METODIKA PRÁCE

Bakalářská práce je zaměřena na prevenci vzniku dekubitů, která je trvale diskutovaným zdravotnickým tématem. Ve výzkumné části jsem pomocí dotazníku zjišťovala, zda v Krajské nemocnici Liberec dodržují sestry správné postupy v této prevenci, a zda mají znalosti o daném tématu. K mé práci jsem si stanovila 5 základních cílů a čtyři hypotézy.

6.1 Cíle práce

Cíl č. 1: Zjistit nejčastější důvod vzniku dekubitů.

Cíl č. 2: Zjistit, zda sestry znají predilekční místa a definici tohoto pojmu.

Cíl č. 3: Zjistit povědomost sester na daných oddělení o prevenci vzniku dekubitů.

Cíl č. 4: Zjistit, zda sestry znají zásady správného polohování (viz. polohovací hodiny).

Cíl č. 5: Zjistit postavení sester k používání preventivních antidekubitních pomůcek.

6.2 Formulace hypotéz

Hypotéza č. 1: Více než 50% dotázaných sester zná systém polohovacích hodin.

Hypotéza č. 2: Všeobecné sestry používají preventivní antidekubitní pomůcky.

Hypotéza č. 3: Více než 75% dotázaných sester má povědomí o predilekčních místech.

Hypotéza č. 4: Většina dotázaných sester ví, co je to indikátor kvality.

6.3 Charakteristika použité metody práce

Ke sběru dat byla použita kvantitativní metoda výzkumu pomocí dotazníku. V úvodu dotazníku jsem respondenty seznámila s tématem dané práce, poprosila je o vyplnění a

zároveň jsem je informovala o způsobu vyplnění. Dotazník obsahoval 26 otázek, z toho 3 otázky otevřené, a to otázky číslo 17, 20, 25 a 23 otázek uzavřených, kde bylo na výběr ze dvou nebo tří odpovědí. Vždy byla pouze jedna možná odpověď. Otázky byly zaměřené na vědomosti všeobecných sester a také na jejich vlastní názor. Dotazníky, které byly zcela anonymní, jsem rozdala všeobecným sestrám v Krajské nemocnici Liberec. Díky zaměření této bakalářské práce byla pro rozdání dotazníků volena taková oddělení, kde se všeobecné sestry nejčastěji setkávají s prevencí vzniku dekubitů. Vybrána byla oddělení interního i chirurgického charakteru. Otázky byly sestaveny srozumitelně a s vyplňováním nebyly žádné problémy. S rozdáním dotazníků mi pomáhaly vrchní a staniční sestry daných oddělení, od kterých jsem nejprve získala pro provádění výzkumu svolení. Výzkum probíhal v rámci předmětu Odborná ošetrovatelská praxe 5 v měsících říjen a listopad roku 2011.

6.4 Výzkumný vzorek

Celkem bylo rozdáno 81 dotazníků, a to 46 na léčebnu dlouhodobě nemocných, 25 na interní oddělení a zbylých 10 dotazníků na spinální jednotku. Vráceno bylo 75 vyplněných dotazníků. Výzkumným vzorkem jsou všeobecné sestry bez rozdílu věku, pohlaví a dosaženého vzdělání, ve všech směnách na již zmíněných odděleních v Krajské nemocnici v Liberci.

6.5 Organizace výzkumu a zpracování získaných dat

Ze získaných dat jsme vypočítali absolutní četnost, která udává počet respondentů, co odpovídali stejnou odpovědí. Relativní četnost nás informuje o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu. Relativní i absolutní četnosti jsou zaznamenány v tabulkách u každé otázky. Procenta jsou převedena na celá čísla, a tudíž jsou zaokrouhlená. Zjištěné výsledky jsou znázorněny pomocí grafů. Z výpočtu procentuálních odpovědí jednotlivých otázek byly po vyhodnocení vynechány otázky bez odpovědí (ty jsou uvedeny v tabulkách i v grafickém znázornění), tudíž bylo vždy

pracováno se 100% odpovídajících respondentů. Grafické znázornění spolu s výpočty jsou provedeny pomocí programu Microsoft Excel.

7 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ

Otázka č. 1: Označte správné tvrzení:

- a) zevní podmínky nejsou důležité ve vztahu ke vzniku dekubitů
- b) dekubity vznikají pouze na kůži
- c) dekubity vznikají v důsledku dlouhotrvajícího tlaku způsobující poruchu prokrvení

Správná odpověď: c)

Tab. 01 - Vznik dekubitů

Bez odpovědi	1	1%
Odpověď a)	1	1%
Odpověď b)	0	0%
Odpověď c)	73	99%



Graf 01 - Vznik dekubitů

První otázka byla zaměřena na všeobecnou povědomost sester o dekubitech. Tuto otázku zodpovědělo celkem 74 (99%) dotázaných všeobecných sester. Možnost a) vybral 1 respondent (1%), možnost b) nebyla zmíněna ani jednou a správně formulovanou odpověď c) zvolilo 73 dotázaných (99%).

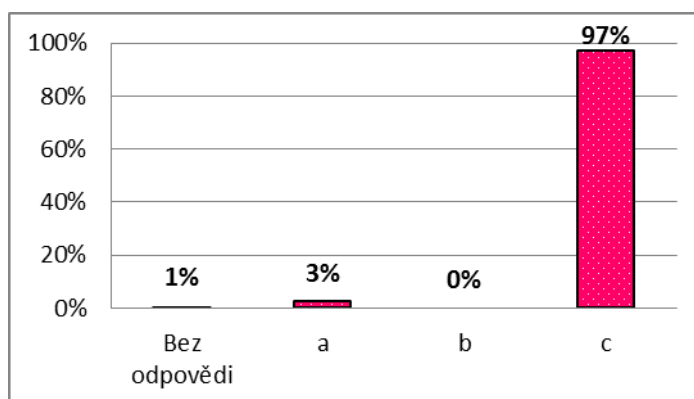
Otázka č. 2: Co je to indikátor kvality péče?

- a) kvalitativní údaj o kvantitě procesu
- b) nepodstatný sběr dat v oblasti péče o P/K
- c) všechny dílčí činnosti, které jsou prováděny s vysokou profesionalitou, se snahou o optimální výsledek a minimalizaci rizika pro pacienty, ve shodě se standardy a hodnotami, s ohledem na hospodárné vynaložení zdrojů a s naplněním obsáhlejšího očekávání P/K

Správná odpověď: c)

Tab. 02 - Indikátor kvality péče

Bez odpovědi	1	1%
Odpověď a)	2	3%
Odpověď b)	0	0%
Odpověď c)	72	97%



Graf 02 - Indikátor kvality péče

Na 2. otázku, která se týká povědomosti o indikátoru kvality péče, odpovědělo 74 (99%) sester. Dva respondenti (3%) zvolili odpověď a), odpověď b) nebyla zvolena ani jednou, přičemž v odpovědi c) poznalo správnou definici indikátoru kvality péče 72 dotazovaných (97%) respondentů.

Tato otázka je zároveň odpovědí na hypotézu číslo 4, kdy jsem předpokládala, že většina dotázaných sester ví, co je to indikátor kvality péče. Pouhá 3% dotázaných všeobecných sester zvolila chybnou odpověď.

Otázka č. 3: Je výskyt vzniku dekubitů tzv. indikátorem kvality?

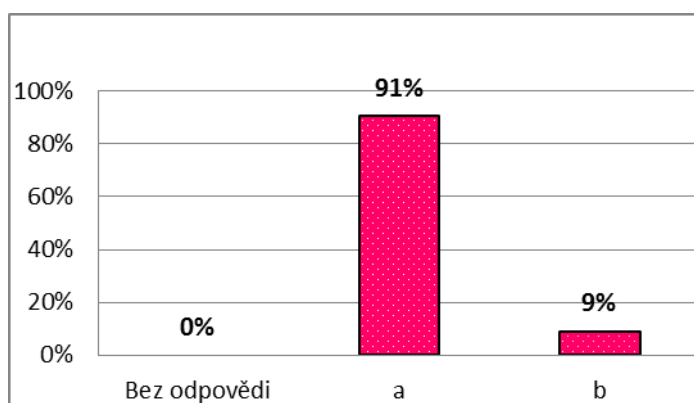
a) ano

b) ne

Správná odpověď: a)

Tab. 03 - Dekubity jako indikátor kvality péče

Bez odpovědi	0	0%
Odpověď a)	68	91%
Odpověď b)	7	9%



Graf 03 - Dekubity jako indikátor kvality péče

V pořadí 3. otázka znovu souvisela s hypotézou číslo 4. Záměrem tohoto dotazu bylo ověření, zda všeobecné sestry opravdu ví, co například patří do indikátoru kvality péče. Na tuto otázku odpovídalo všech 75 respondentů (100%), z nichž správnou odpověď a) vybralo 68 (91%) respondentů, 7 (9%) zbývajících sester zvolilo chybnou odpověď b).

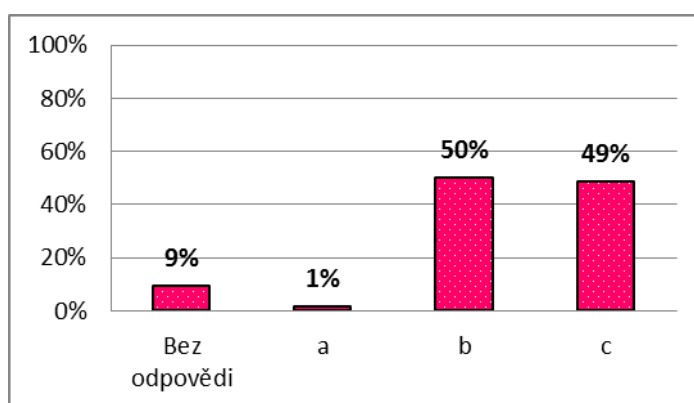
Otázka č. 4: Kolik stupňů dekubitů rozlišuje Torrance?

- a) tři
- b) pět
- c) čtyři

Správná odpověď: b)

Tab. 04 - Stupně dekubitů

Bez odpovědi	7	9%
Odpověď a)	1	1%
Odpověď b)	34	50%
Odpověď c)	33	49%



Graf 04 - Stupně dekubitů

Následující otázka souvisela s rozdělením dekubitů do pěti základních stupňů, které se rozlišují dle Torrance. Všeobecné sestry znají stupně dekubitů, ale zřejmě nemají povědomí právě o této klasifikaci. Možná právě díky tomu zodpovědělo 4. otázku pouze 68 dotázaných (91%), kdy byla jednou (1%) vybrána odpověď a), 34 sester zvolilo odpověď b) (50%) a pouhých 33 respondentů (49%) vybralo správnou odpověď c).

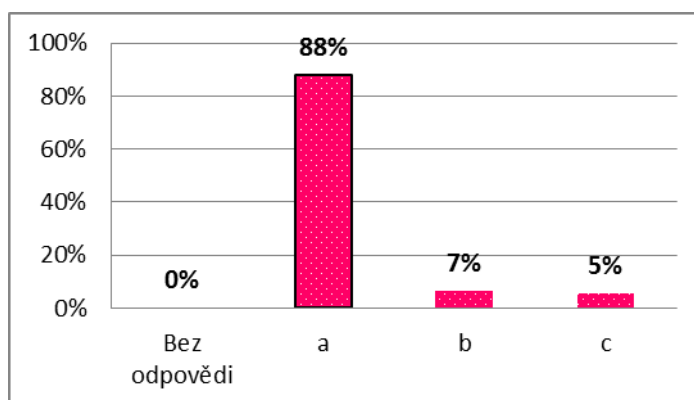
Otázka č. 5: Jaké tvrzení platí pro definici dekubitu 2. stupně?

- a) tvorba puchýřů, pálení a bolestivost
- b) vzniká zarudnutí kůže, při mírném zatlačení prsty erytém přechodně zbledne
- c) poškození se přesouvá do podkoží

Správná odpověď: a)

Tab. 05 - Definice dekubitu 2. stupně

Bez odpovědi	0	0%
Odpověď a)	66	88%
Odpověď b)	5	7%
Odpověď c)	4	5%



Graf 05 - Definice dekubitu 2. stupně

Otázka číslo 5 navazuje na otázku předchozí, kdy sestry sice neznají klasifikaci stupně dekubitů dle Torrance, ale ví, jak dekubitus v určitém stupni vypadá. Ze 75 odpovídajících sester (100%) vybralo správnou odpověď a) celých 88% (66) respondentů, 5 (7%) tázaných zvolilo odpověď b) a zbylé 4 sestry (5%) zvolily druhou chybnou odpověď c).

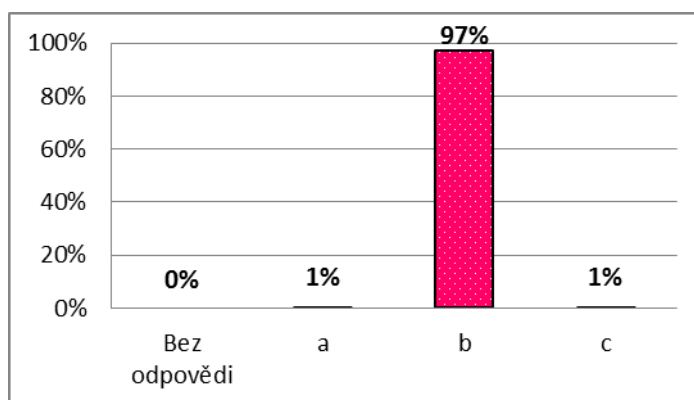
Otázka č. 6: Jaké jsou zevní podmínky, které ovlivňují vznik dekubitů?

- a) věk, pohlaví, tělesná teplota
- b) chemické vlivy, mechanické vlivy, působení tlaku
- c) cévní faktory, hydratace

Správná odpověď: b)

Tab. 06 - Zevní podmínky ovlivňující vznik dekubitů

Bez odpovědi	0	0%
Odpověď a)	1	1%
Odpověď b)	73	97%
Odpověď c)	1	1%



Graf 06 - Zevní podmínky ovlivňující vznik dekubitů

Otázka číslo 6, která se týká povědomosti sester o zevních podmínkách vzniku dekubitů, byla zodpovězena opět veškerými dotázanými sestrami (100%), z nichž pouze 1 (1%) zvolila odpověď a), kde byly vypsány vnitřní podmínky vzniku dekubitů, převažujících 73 sester (97%) zvolilo správnou odpověď b) a 1 sestra (1%) volila odpověď c), kde byly opět uvedeny vnitřní podmínky.

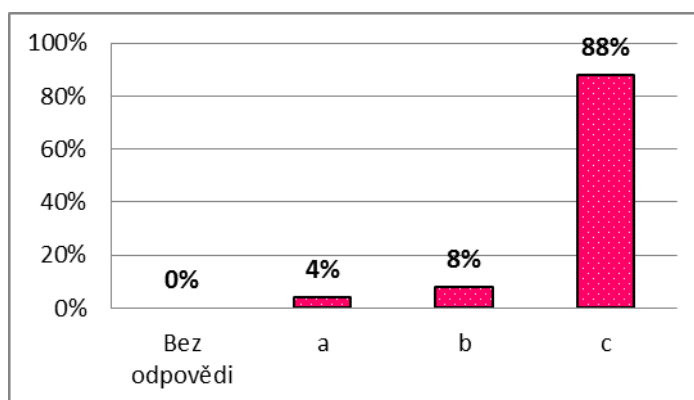
Otázka č. 7: Co patří mezi mechanické faktory, které ovlivňují vznik dekubitů?

- a) střižná síla
- b) tření
- c) obě odpovědi jsou správné

Správná odpověď: c)

Tab. 07 - Mechanické faktory ovlivňující vznik dekubitů

Bez odpovědi	0	0%
Odpověď a)	3	4%
Odpověď B	6	8%
Odpověď C	66	88%



Graf 07 - Mechanické faktory ovlivňující vznik dekubitů

Na otázku číslo 7, která se týká mechanických faktorů, jež mají vliv na vznik dekubitů, odpovědělo 75 dotázaných sester (100%). Tři dotázané sestry (4%) zvolily odpověď a), kde byla vypsána pouze jedna správná možnost, 6 sester (8%) zakroužkovalo odpověď b), kde byla znázorněna druhá správná možnost, avšak obě odpovědi byly neúplné. Zbylých 66 sester (88%) volilo celistvou odpověď c), kde se nacházely obě předchozí odpovědi.

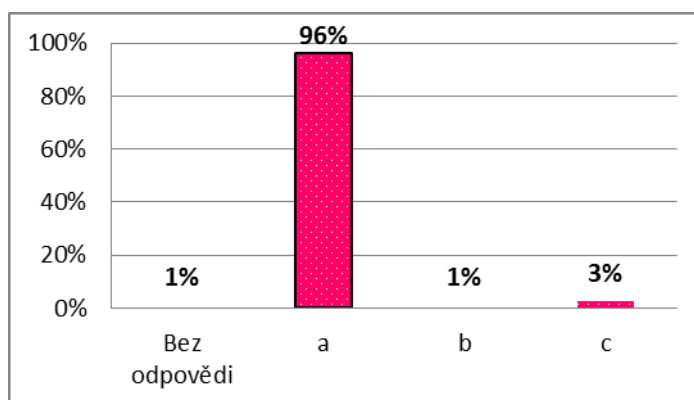
Otázka č. 8: Co jsou to predilekční místa?

- a) ohrožená místa, kde je kost v blízkosti pod povrchem
- b) ohrožená místa, kde je mezi kostí a kůží velké množství tuku
- c) místo, kde je snížený tlak těla na podložku

Správná odpověď: a)

Tab. 08 - Predilekční místa

Bez odpovědi	1	1%
Odpověď a)	71	96%
Odpověď b)	1	1%
Odpověď c)	2	3%



Graf 08 - Predilekční místa

Následující otázka číslo 8 byla zodpovězena 74 dotazovanými sestrami (99%). Se správnou odpovědí a) souhlasilo 71 respondentů (96%), pouhá 1 dotazovaná sestra (1%) volila chybnou odpověď b) a 2 sestry (3%) zakroužkovaly druhou chybnou variantu c).

Tato otázka je v souladu se stanovenou hypotézou číslo 3, kdy jsem předpokládala, že více než 75% dotázaných sester má povědomí o predilekčních místech.

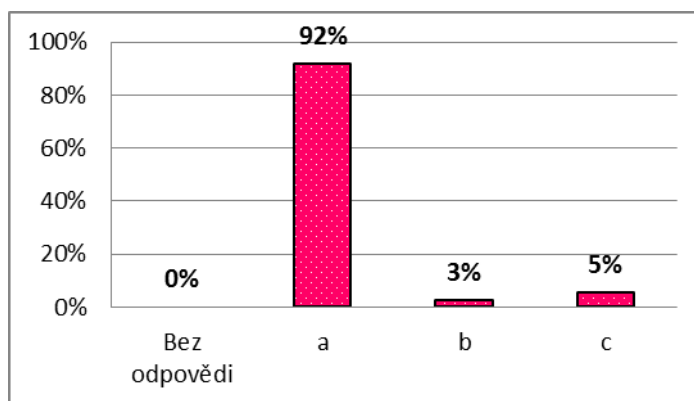
Otázka č. 9: Jaká predilekční místa jsou u P/K v poloze na zádech?

- a) trnový výběžek, paty, hrbol sedací kosti, kost křížová, loketní klouby
- b) kyčelní kloub, hrbol sedací kosti, kost křížová, loketní klouby
- c) hrbol sedací kosti, kost křížová, ramenní kloub, loketní klouby

Správná odpověď: a)

Tab. 09 - Predilekční místa v poloze na zádech

Bez odpovědi	0	0%
Odpověď a)	69	92%
Odpověď b)	2	3%
Odpověď c)	4	5%



Graf 09 - Predilekční místa v poloze na zádech

9. otázku zodpovědělo 100% dotázaných všeobecných sester, přičemž správnou odpověď a) zakroužkovalo 69 sestřiček (92%), variantu b), kde byl v odpovědi chybně zahrnut jako jeden z možností kyčelní kloub, zvolily 2 sestry (3%) a zbylé 4 sestry (5%) zvolily odpověď c), kde byl chybně zahrnut ramenní kloub, který se stává rizikovým predilekčním místem při poloze na boku.

Tato otázka je opět v souladu s hypotézou číslo 3, kdy jsem předpokládala, že více než 75% dotázaných sester má povědomí o predilekčních místech.

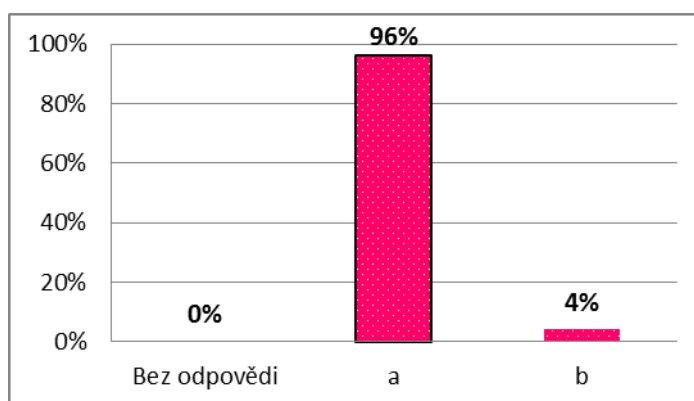
Otázka č. 10: Znáte systém polohovacích hodin?

a) ano

b) ne

Tab. 10 - Polohovací hodiny

Bez odpovědi	0	0%
Odpověď a)	72	96%
Odpověď b)	3	4%



Graf 10 - Polohovací hodiny

100% respondentů zodpovědělo 10. otázku, přičemž 72 sester (96%) tvrdí, že zná systém polohovacích hodin, a proto volí odpověď a). Zbýlé 3 všeobecná sestry (4%) volí odpověď b), a tudíž tvrdí, že systém polohovacích hodin neznají.

Tato otázka souvisí s hypotézou číslo 1, kdy předpokládám, že více než 50% dotázaných sester zná systém polohovacích hodin. V následujících otázkách číslo 11 a 12 bude hypotéza dále potvrzena či vyvrácena.

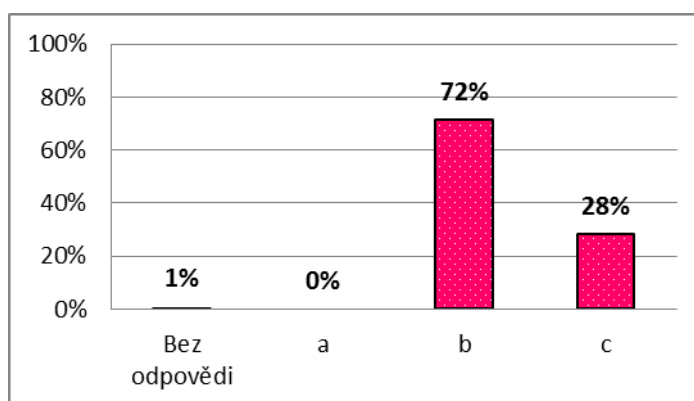
Otázka č. 11: Jaký by měl být interval změn polohy u imobilního P/K?

- a) 30 – 60 minut
- b) 1 – 2 hodiny
- c) 1,5 – 3 hodiny

Správná odpověď: b)

Tab. 11 - Interval změny polohy u imobilního P/K

Bez odpovědi	1	1%
Odpověď a)	0	0%
Odpověď b)	53	72%
Odpověď c)	21	28%



Graf 11 - Interval změny polohy u imobilního P/K

V pořadí již 11. otázku zodpovědělo 74 respondentů (99%). Nyní jsem chtěla zjistit, zda všeobecné sestry ví, jak často polohovat imobilního pacienta/klienta. Odpověď a) nebyla zvolena ani jedním respondentem. Správnou odpověď b) zakroužkovalo 53 sester (72%) a druhou chybnou odpověď c) volilo 21 všeobecných sester (28%).

Uvedená otázka, která je oproti předchozí více vědomostní, je opět v souladu s hypotézou číslo 1, kdy předpokládám, že více než 50% dotázaných sester zná systém polohovacích hodin.

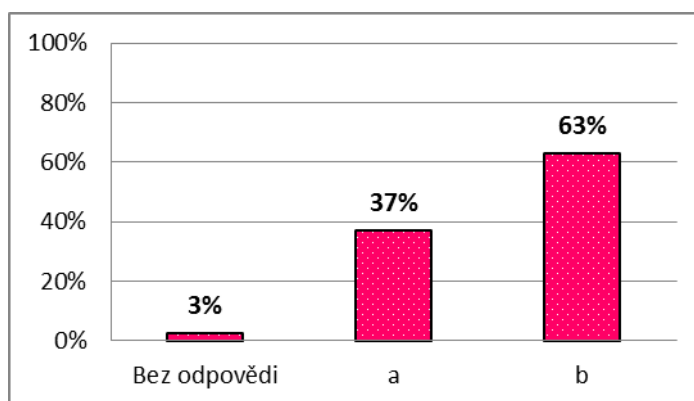
Otázka č. 12: Může se P/K polohovat na záda při výskytu dekubitu 3. stupně v oblasti sacra?

- a) ne
- b) ano

Správná odpověď: b)

Tab. 12 - Polohování u P/K s dekubitem na sacru

Bez odpovědi	2	3%
Odpověď a)	27	37%
Odpověď b)	46	63%



Graf 12 - Polohování u P/K s dekubitem na sacru

Následující 12. otázka sloužila k zamyšlení se nad polohováním imobilního pacienta/klienta. V předchozích otázkách jsme si ujasnili, zda všeobecné sestry znají systém polohovacích hodin a intervaly polohování. U pacienta/klienta s výskytem dekubitu 3. stupně v oblasti sacra se může podle 46 respondentů (63%), kteří zvolili odpověď b), polohovat na záda. Toto je správná odpověď, avšak je stále důležité používat preventivní antidekubitní pomůcky, matrace, dekuby, polohovací pomůcky, atd. Zbýlých 27 respondentů (37%) volilo odpověď a), takže tvrdili, že by P/K na záda nepolohovali.

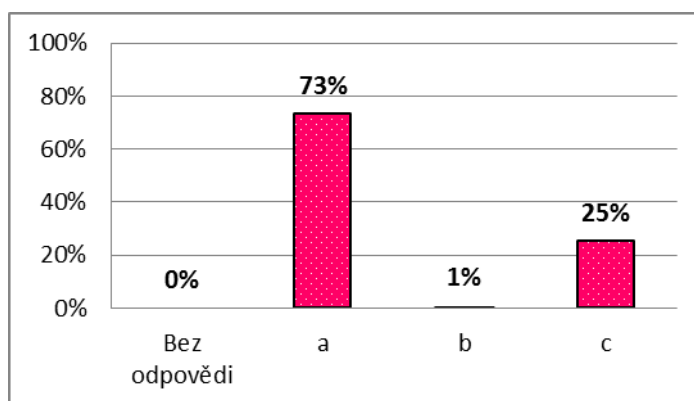
Otázka č. 13: Jak zní definice primární prevence?

- a) zkoumá předpoklady, podmínky a příčiny jevů, jimž se má bránit, a hledá způsoby, jak jim předcházet
- b) snaží se zabránit opakování
- c) snaží se příslušné jevy včas zachytit a bránit jejich prohlubování a šíření

Správná odpověď: a)

Tab. 13 - Primární prevence

Bez odpovědi	0	0%
Odpověď a)	55	73%
Odpověď b)	1	1%
Odpověď c)	19	25%



Graf 13 - Primární prevence

Otázka číslo 13. byla zodpovězena všemi respondenty. Prevence vzniku dekubitů patří jistě k prevenci primární, která zkoumá předpoklady, podmínky a příčiny jevů, jimž se má bránit, a hledá způsoby, jak jim předcházet. Správnou odpověď a) zvolilo 55 všeobecných sester (73%), pouze 1 sestra zakroužkovala odpověď b) a druhá chybná odpověď c), kde je popsána definice sekundární prevence, byla zvolena 19 respondenty (25%).

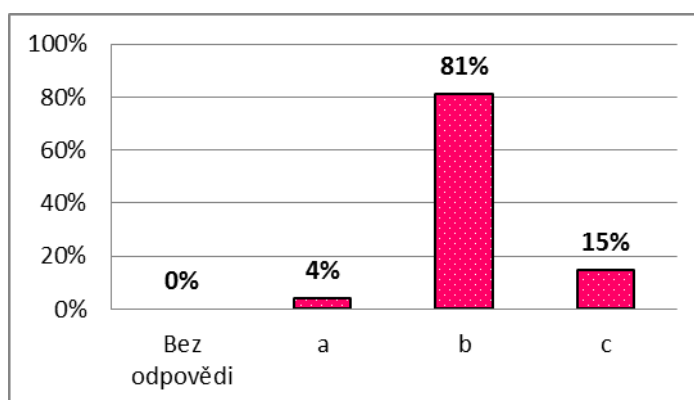
Otázka č. 14: Co vše byste zařadil/a do prevence vzniku dekubitů?

- a) snížení tlaku na tkáň P/K, blokování zevních mechanických vlivů, normalizace celkového stavu
- b) snížení tlaku na tkáň P/K, hygiena, blokování zevních mechanických vlivů, normalizace celkového stavu
- c) snížení tlaku na tkáň P/K, hygiena, blokování zevních mechanických vlivů, redukce tělesné hmotnosti

Správná odpověď: b)

Tab. 14 - Prevence vzniku dekubitů

Bez odpovědi	0	0%
Odpověď a)	3	4%
Odpověď b)	61	81%
Odpověď c)	11	15%



Graf 14 - Prevence vzniku dekubitů

Následující 14. otázka opět slouží k ověření znalostí sester v oblasti prevence vzniku dekubitů. Tentokrát je snaha zjistit, zda všeobecné sestry ví, co do této prevence zahrnout. Ze 75 odpovídacích respondentů zvolily odpověď a), která se stala chybnou díky její neúplnosti, 3 sestry (4%). Správnou variantu b) zakroužkovalo 61 sester (81%) a zbylých 11 tázaných (15%) volilo poslední odpověď c), kde byla chybně zahrnuta redukce tělesné hmotnosti.

Otázka č. 15: Je ošetrovateľská rehabilitácia súčasťou prevencie dekubitů?

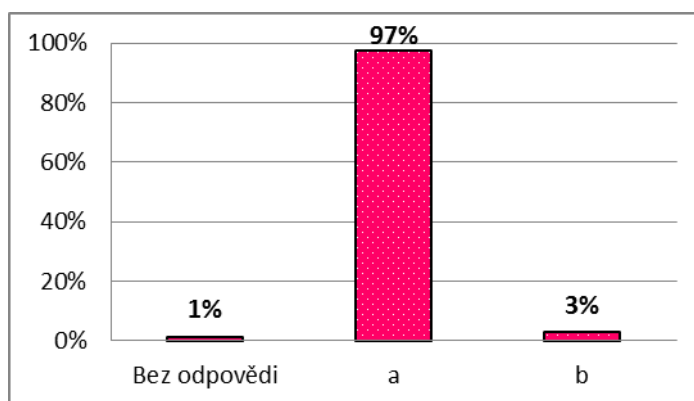
a) ano

b) ne

Správna odpoveď: a)

Tab. 15 - Ošetrovateľská rehabilitácia

Bez odpovedi	1	1%
Odpoveď a)	72	97%
Odpoveď b)	2	3%



Graf 15 - Ošetrovateľská rehabilitácia

Ošetrovateľská rehabilitácia, ktorá je u pacientů/klientů dôležitou súčasťou náplne práce sester, bola zmíněna v 15. otázce, ktorou zodpovedělo 74 sester (99%). Správnu odpoveď a) zvolilo 72 sester (97%) a odpoveď b) pouze 2 sestry (3%).

Otázka č. 16: Myslíte si, že je výživa důležitá v prevenci vzniku dekubitů?

- a) ano
- b) ne
- c) pouze u některých P/K

Správná odpověď: a)

Tab. 16 - Výživa

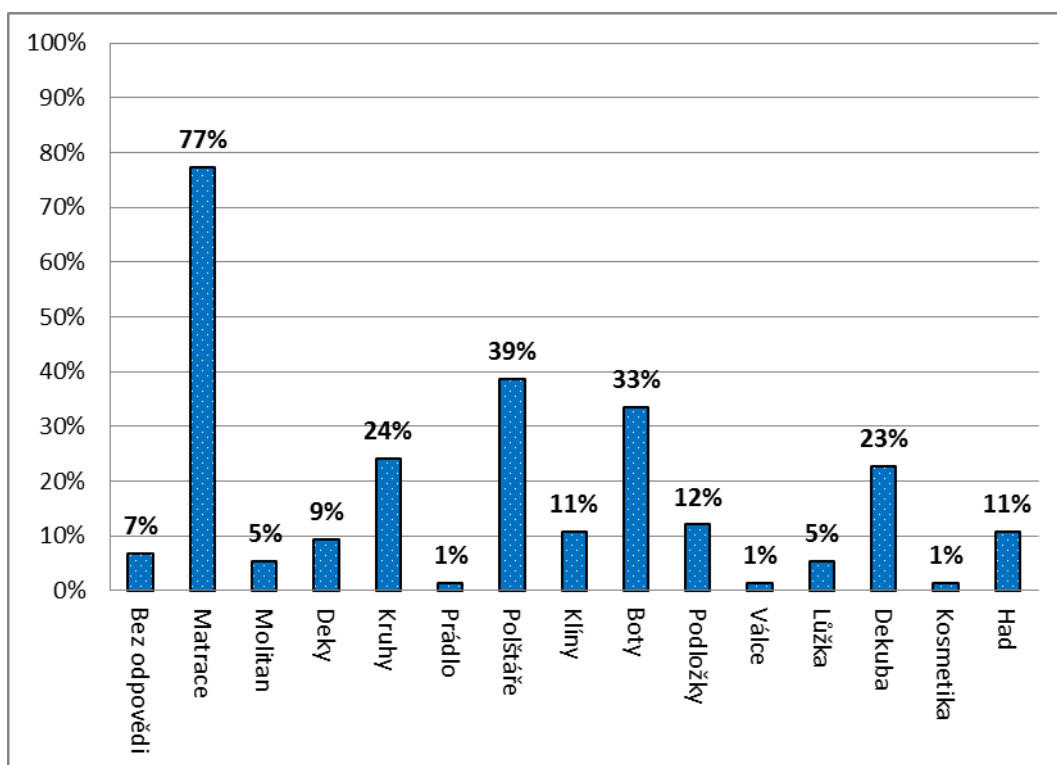
Bez odpovědi	0	0%
Odpověď a)	75	100%
Odpověď b)	0	0%
Odpověď c)	0	0%



Graf 16 - Výživa

Na otázku číslo 16, která se týká jednoho z faktorů ovlivňující vznik dekubitů, odpověděly všechny tázané sestry (100%), přičemž všech 75 sester (100%) volilo odpověď správnou odpověď a).

Otázka č. 17: Jaké znáte antidekubitní pomůcky? – Vypište alespoň 3



Graf 17 - Antidekubitní pomůcky

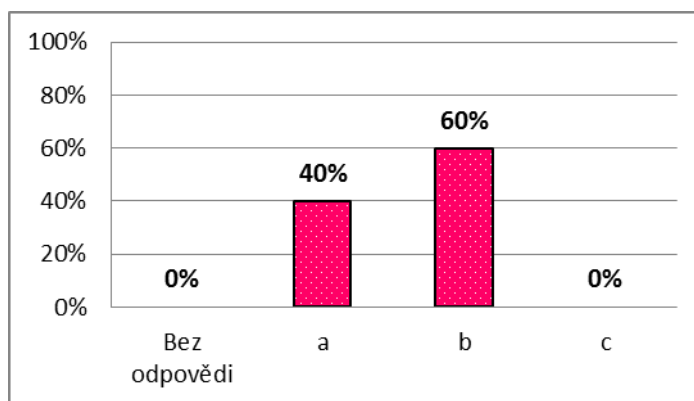
V dotazníku byly také zahrnuty otázky s otevřenou odpovědí, přičemž otázka číslo 17 je jednou z nich. Nyní byly všeobecné sestry požádány, aby vypsaly alespoň 3 antidekubitní pomůcky. 7% respondentů tuto otázku nezodpovědělo. Odpovídající sestry si nejvíce vzpomněly na matrace (77%), dále pak polštáře (39%), boty (33%) a kruhy (24%). Všeobecné sestry si vybavily také válce, hady a molitanové pomůcky.

Otázka č. 18: Jsou na Vašem oddělení k dispozici antidekubitní pomůcky?

- a) ano, ve velkém množství
- b) ano, v omezeném množství
- c) na oddělení nejsou tyto pomůcky k dispozici

Tab. 17 - Antidekubitní pomůcky na oddělení

Bez odpovědi	0	0%
Odpověď a)	30	40%
Odpověď b)	45	60%
Odpověď c)	0	0%



Graf 18 - Antidekubitní pomůcky na oddělení

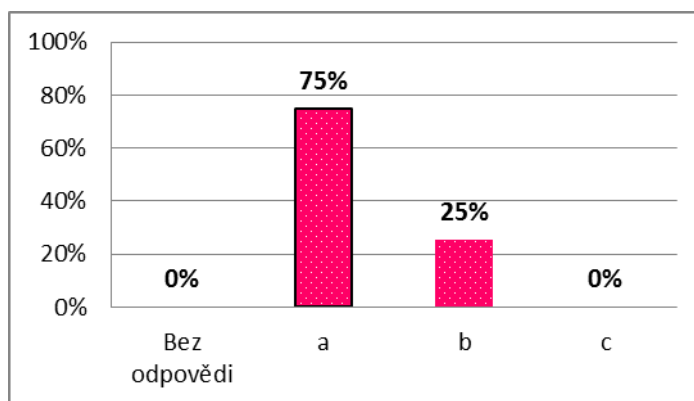
Na otázku číslo 18, zda jsou na oddělení k dispozici antidekubitní pomůcky, odpovídalo všech 75 tázaných (100%) sester, tudíž máme odpovědi od sester z interního oddělení, LDN a ze spinální jednotky. 30 respondentů (40%) tvrdí, že mají na oddělení antidekubitní pomůcky ve velkém množství, tudíž volí odpověď a). Varianta b), byla zvolena 45krát (60%) a varianta c) nebyla zvolena ani jednou.

Otázka č. 19: Pokud jsou u Vás k dispozici tyto pomůcky, používáte je?

- a) ano, vždy
- b) pouze u některých P/K
- c) tyto pomůcky nepoužíváme

Tab. 18 - Používání pomůcek

Bez odpovědi	0	0%
Odpověď a)	56	75%
Odpověď b)	19	25%
Odpověď c)	0	0%

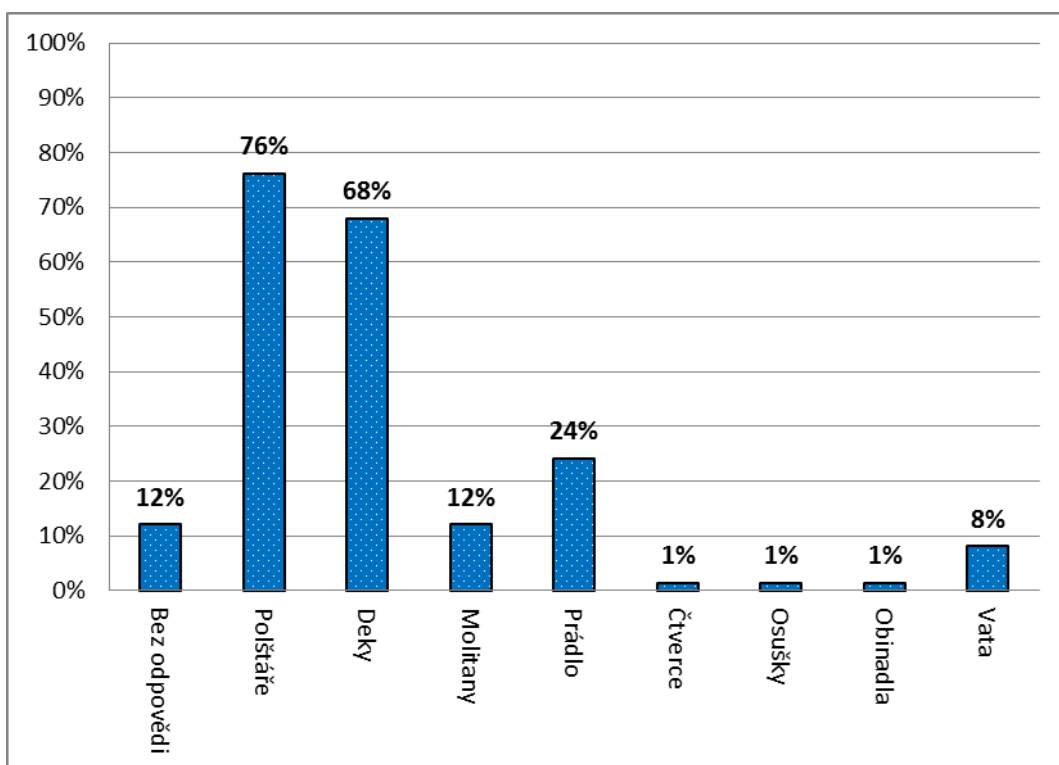


Graf 19 - Používání pomůcek

19. otázka navazovala na otázku předchozí, kdy bylo zjištěno, že na výše jmenovaných odděleních jsou antidekubitní pomůcky k dispozici. Nyní je potřeba zjistit, zda všeobecné sestry tyto pomůcky používají. 56 sester (75%) vybralo variantu a), zbylých 19 respondentů (25%) tvrdí, že antidekubitní pomůcky používají jen u některých pacientů/klientů. Odpověď c) nebyla vybrána ani jednou.

Tato otázka souvisí s hypotézou číslo 2, kdy předpokládám, že všeobecné sestry používají preventivní antidekubitní pomůcky. Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že sestry tyto pomůcky používají většinou u všech P/K. Některé sestry odpověděly, že pomůcky využijí pouze u některých P/K, což může být způsobeno omezeným množstvím pomůcek.

Otázka č. 20: Pokud byste tyto pomůcky neměl/a k dispozici, pomocí čeho byste improvizoval/a? – Vypište



Graf 20 - Improvizace bez antidekubitních pomůcek

V pořadí druhá otevřená otázka číslo 20 byla zodpovězena 66 sestrami. V této otázce se zaměřujeme na improvizální schopnosti všeobecných sester. Je požadováno zjistit, zda si umí sestry poradit s polohováním i bez antidekubitních pomůcek, které nejsou na všech odděleních v dostatečném množství, jak jsme zjistili u otázky číslo 18. Nejčastěji by sestry improvizovaly pomocí polštářů (76%), dek (68%), dále pomocí ložního prádla (24%) či pomocí molitanu (12%).

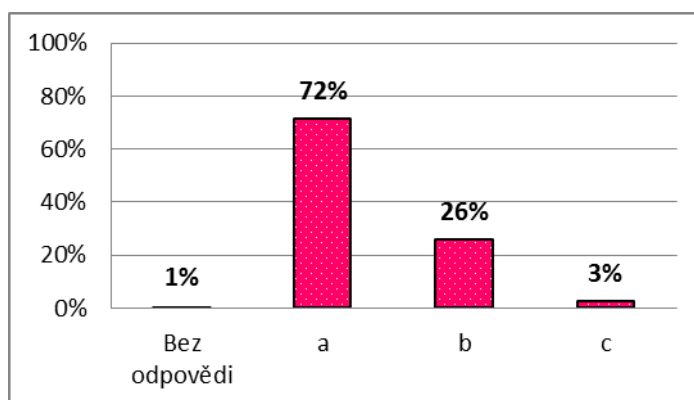
Otázka č. 21: Jaké jsou typy antidekubitních matrací?

- a) pasivní, aktivní, dynamické
- b) pouze aktivní a pasivní
- c) antidekubitní matrace jsou pouze jednoho typu

Správná odpověď: a)

Tab. 19 - Typy antidekubitních matrací

Bez odpovědi	1	1%
Odpověď a)	53	72%
Odpověď b)	19	26%
Odpověď c)	2	3%



Graf 21 - Typy antidekubitních matrací

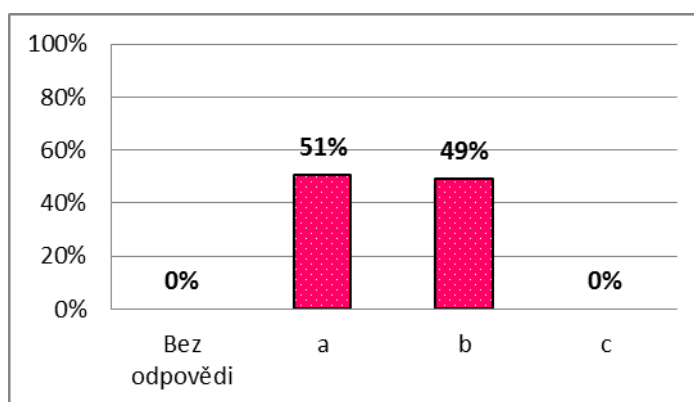
Následující 21. otázka souvisí opět s prevencí vzniku dekubitů u pacientů/klientů. Tentokrát bylo po sestřích požadováno, aby určily, jaké jsou typy antidekubitních matrací. Pouze jedna sestra (1%) nezvolila ani jednu možnost. Zbýlých 53 všeobecných sester (72%) zvolilo správnou odpověď a), kde je psáno, že jsou antidekubitní matrace aktivní, pasivní a dynamické, 19 sester (26%) zakroužkovalo odpověď b) a 2 sestřičky (3%) zakroužkovaly odpověď c).

Otázka č. 22: Využívají se na Vašem oddělení antidekubitní matrace?

- a) ano, u všech imobilních P/K
- b) pouze u některých imobilních P/K – dle vybavenosti oddělení
- c) na našem oddělení se antidekubitní matrace nepoužívají

Tab. 20 - Dostupnost antidekubitních matrací

Bez odpovědi	0	0%
Odpověď a)	38	51%
Odpověď b)	37	49%
Odpověď c)	0	0%



Graf 22 - Dostupnost antidekubitních matrací

V předchozí 21. otázce bylo zjištěno, jaké jsou typy antidekubitních matrací a nyní v otázce číslo 22 zjišťujeme, zda všeobecné sestry tyto matrace využívají, a zda je vůbec mají k dispozici. 22. otázka byla zodpovězena všemi respondenty, kdy odpověď a) zvolilo 38 respondentů (51%), a tudíž tvrdí, že používají antidekubitní matrace u všech imobilních pacientů/klientů. Odpověď b) volilo 37 respondentů (49%) a zbylou odpověď c) nevolil nikdo z dotázaných, z čehož vyplývá, že na všech z dotazovaných oddělení jsou antidekubitní matrace využívány.

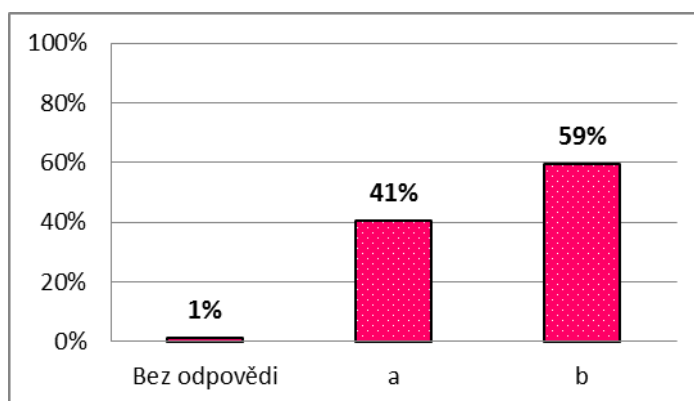
Pravdou ovšem je, že antidekubitní matrace jsou v KNL využívány téměř u všech pacientů. Jsou to ovšem antidekubitní matrace pasivní. Všeobecné sestry si pod pojmem antidekubitní matrace představí spíše antidekubitní matraci aktivní.

Otázka č. 23: Kde z Vašeho pohledu nejčastěji dochází ke vzniku dekubitů?

- a) během hospitalizace imobilního pacienta
- b) v domácím prostředí, DD, domy s pečovatelskou službou

Tab. 21 - Kde vznikají nejčastěji dekubity

Bez odpovědi	1	1%
Odpověď a)	30	41%
Odpověď b)	44	59%



Graf 23 - Kde vznikají nejčastěji dekubity

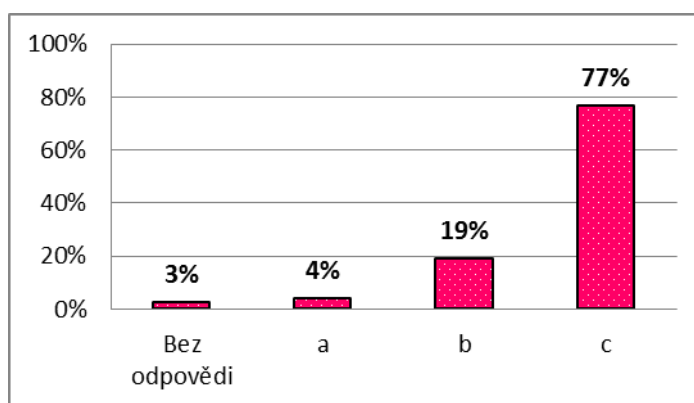
Následující otázku s číslem 23 zodpovědělo 74 všeobecných sester (99%), z nichž 30 (41%) zvolilo odpověď a), zbylých 44 (59%) tázaných zakroužkovalo odpověď b). Pomocí výsledků jsme zjistili, co si myslí všeobecné sestry o vzniku dekubitů. Většina respondentů tvrdí, že dekubity vznikají v domácím prostředí pacienta/klienta. Rozdíl v odpovědích není ale tak značný.

Otázka č. 24: Jak nejčastěji vznikají dekubity na Vašem oddělení?

- a) špatným polohováním P/K
- b) díky mechanickým vlivům
- c) díky vnitřním faktorům

Tab. 22 - Vznik dekubitů na oddělení

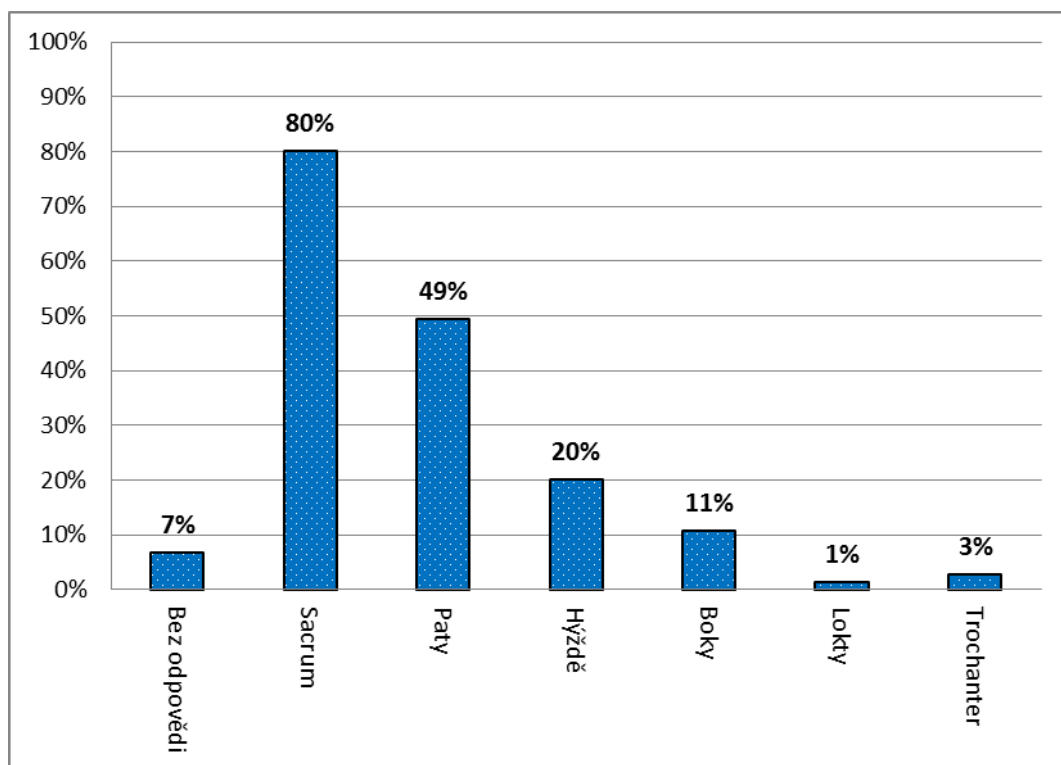
Bez odpovědi	2	3%
Odpověď a)	3	4%
Odpověď b)	14	19%
Odpověď c)	56	77%



Graf 24 - Vznik dekubitů na oddělení

Otázka číslo 24 byla zodpovězena 73 respondenty (97%). Ze všech odpovídajících zakroužkovali odpověď a) pouze 3 respondenti (4%), kteří tvrdí, že na jejich odděleních vznikají dekubity špatným polohováním. Odpověď b) zakroužkovalo 14 respondentů (19%), ti si myslí, že dekubity na jejich odděleních vznikají pomocí mechanických vlivů. Poslední variantu c) zvolilo 56 tázaných všeobecných sester (77%).

Otázka č. 25: Na kterém místě nejčastěji ošetřujete dekubit?



Graf 25 - Nejčastější místo ošetřování dekubitu

V pořadí třetí a zároveň poslední otázkou s volnou odpovědí se zabývalo 70 respondentů (93%), kdy jako nejčastější místo ošetřování dekubitů bylo zmíněno sacrum (80%), poté paty (49%) a hýždě (20%). Všeobecné sestry ošetřují dekubit často také v oblasti boků, trochanterů a loktů.

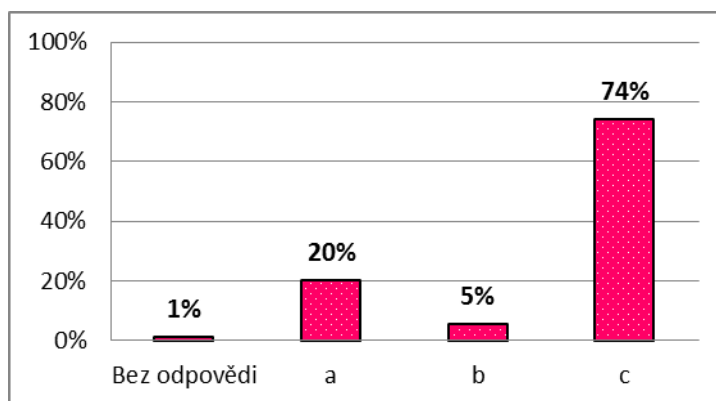
Otázka č. 26: Jaké jsou nejznámější hodnotící škály ve vztahu k prevenci vzniku dekubitů?

- a) GCS, skóre podle Nortonové, M. L. Shannon, Waterlova tabulka
- b) Braden a Bergstrom, Benešovo skóre, skóre podle Nortonové
- c) Skóre podle Nortonové, M. L. Shannon, Waterlova tabulka, Braden a Bergstrom

Správná odpověď: c)

Tab. 23 - Hodnotící škály prevence vzniku dekubitů

Bez odpovědi	1	1%
Odpověď a)	15	20%
Odpověď b)	4	5%
Odpověď c)	55	74%



Graf 26 - Hodnotící škály prevence vzniku dekubitů

Na poslední otázku odpovídalo 74 (99%) všeobecných sester. Otázka byla zaměřena na hodnotící škály, které sestry více či méně používají, avšak znát by je měla každá z dotázaných sester. 15 respondentů (20%) volilo chybnou odpověď a), variantu b) zvolily 4 sestry (5%) a správnou odpověď c) zakroužkovalo 55 respondentů (74%).

8 DISKUZE

Bylo stanoveno celkem pět cílů této bakalářské práce:

Cíl č. 1: Zjistit nejčastější důvod vzniku dekubitů

Cíl č. 2: Zjistit, zda sestry znají predilekční místa a definici tohoto pojmu

Cíl č. 3: Zjistit povědomost sester na daných oddělení o prevenci vzniku dekubitů

Cíl č. 4: Zjistit, zda sestry znají zásady správného polohování (viz. polohovací hodiny)

Cíl č. 5: Zjistit postavení sester k používání preventivních antidekubitních pomůcek

Hypotéza č. 1: Více než 50% dotázaných sester zná systém polohovacích hodin

Pravdivost první hypotézy byla zjištěna pomocí otázek č. 10, 11, 12. Kdy otázka číslo 10 byla pouze informativní, a bylo zjištěno, že 72 sester (96%) zná systém polohovacích hodin. Více vědomostní otázku číslo 11 zodpovědělo správně 53 sester (72%), ty tvrdí, že je nutné imobilního pacienta/klienta polohovat po 1-2 hodinách. Poslední otázkou, která ověřuje 1. hypotézu, je otázka č. 12, kdy 46 respondentů (63%) tvrdí, že se P/K s dekubitem v oblasti sacra může polohovat na záda.

Získaná data jsou v souladu s hypotézou.

Hypotéza č. 2: Všeobecné sestry používají preventivní antidekubitní pomůcky

S hypotézou číslo 2 souvisí otázky číslo 17, 18, 19, 22. V 17. otázce bylo zjištěno, že všeobecné sestry znají základní antidekubitní pomůcky. V následující 18. otázce bylo potřeba zjistit, zda jsou na daných odděleních antidekubitní pomůcky k dispozici. Všechny 75 respondentů zvolili odpověď, ve které tvrdí, že jsou na daných odděleních antidekubitní pomůcky k dispozici, ať už v jakémkoli množství. 19. otázka souvisí s touto hypotézou nejvíce, opět všech 75 dotázaných sester volí odpověď s možností, že antidekubitní pomůcky používají. Na tuto hypotézu navazuje i otázka číslo 22 o používání antidekubitních matrací, které jsou na odděleních dle odpovědí využívány. Pravdou zůstává, že si všeobecné sestry pod pojmem antidekubitní matrace představí antidekubitní matraci aktivní a zapomínají na užívání pasivních matrací, které jsou v KNL k dispozici téměř na každém lůžku. V práci Nejčastější příčiny vzniku dekubitů (Veisová, 2006) bylo předpokládáno, že 60% sester používá na oddělení aktivní antidekubitní matrace (antidekubitní pomůcky). Tato hypotéza se pomocí výzkumného šetření potvrdila. Antidekubitní matrace na oddělení používá 63,3% respondentek. Tato

zjištěná data potvrzují mnou stanovou hypotézu, že sestry používají antidekubitní pomůcky. (23)

Získaná data jsou v souladu s hypotézou.

Hypotéza č. 3: Více než 75% dotázaných sester má povědomí o predilekčních místech

Abychom potvrdili nebo vyvrátili tuto hypotézu, bylo potřeba zjistit, zda všeobecné sestry ví, co jsou to predilekční místa a kde nejčastěji vznikají. Pomocí otázky číslo 8 jsme zjistili, že 71 respondentů (96%) zná definici predilekčního místa. Následovala další otázka zabývající se těmito místy. Všeobecné sestry měly z odpovědí vybrat správná predilekční místa při poloze P/K na zádech. Správnou odpověď zakroužkovalo 69 sester (92%).

Získaná data jsou v souladu s hypotézou.

Hypotéza č. 4: Většina dotázaných sester ví, co je to indikátor kvality

S poslední stanovenou hypotézou souvisí otázky číslo 2, 3. Přičemž ve 2. otázce bylo potřeba zjistit, zda se sestry orientují v definicích, a zda rozpoznají správnou definici pro indikátor kvality péče. Tuto vědomostní otázku zodpovědělo správně 72 dotazovaných (97%) respondentů. V otázce číslo 3 odpověděly všechny všeobecné sestry, že je výskyt vzniku dekubitů tzv. indikátorem kvality péče.

Získaná data jsou v souladu s hypotézou.

Pro svou práci jsem si stanovila 5 cílů, které se všechny týkají prevence vzniku dekubitů u P/K. Tato prevence je velice důležitá v práci všeobecných sester, a proto jsem si jako jeden cíl zadala, zjistit povědomí sester o dané problematice. Všechny otázky v dotazníku byly stavěny tak, abych zjistila, zda respondenti tuto prevenci znají. Všeobecné sestry umí vyjmenovat antidekubitní pomůcky, zvládnou improvizovat v případě nedostatku pomůcek a většina sester zná systém polohovacích hodin. Dále je samozřejmě nutná znalost důvodů vzniku dekubitů, ať už to jsou příčiny zevní či vnitřní. I na tuto otázku povětšinou sestry odpověděly správně.

V jednom z mnou stanovených cílů jsem chtěla zjistit povědomí sester o predilekčních místech. Znalost těchto míst je velice důležitá v rámci polohování P/K. Jak se ukázalo opět pomocí dotazníků, všeobecné sestry znají definici toho pojmu a dokážou rozpoznat, která predilekční místa jsou např. v poloze na zádech.

Jedním z důležitých a nezastupitelných faktorů prevence vzniku dekubitů je bezesporu polohování. Tato činnost je součástí práce všech všeobecných sester bez ohledu na oddělení. Ze získaných informací vyplynulo, že sestry znají intervaly v polohování imobilních P/K. Většina respondentů zná systém polohovacích hodin, který je ovšem tak důležitý a potřebný, že by ho měla znát každá všeobecná sestra.

Dalším cílem mé bakalářské práce bylo zjistit postavení sester k používání antidekubitních pomůcek. Z výzkumu vyplývá, že sestry tyto pomůcky znají. Všeobecné sestry se snaží antidekubitní pomůcky používat u všech P/K, u kterých je to potřeba, avšak někdy díky jejich nedostatku musí volit jiné varianty. Zdravotníci musí mít dobré improvizální schopnosti, a proto zvládnou nahradit antidekubitní pomůcky pomocí ložního prádla, dek, polštářů, vaty či čtverců. Na odděleních jsou k dispozici také antidekubitní matrace (pasivní antidekubitní matrace na každém lůžku), které jsou vynikajícím řešením prevence vzniku dekubitů u imobilních P/K.

Dekubity vznikají jak v nemocničním zařízení, tak v domácím prostředí. Otázkou je, jaký je důvod vzniku tohoto problému. Pomocí své práce jsem se snažila zjistit, jak vlastně dekubity nejčastěji vznikají. Bylo nutné uvědomit si, zda mají sestry dostatečné znalosti, zda ví, jaká jsou rizika a důvody vzniku. Díky mému více vědomostnímu dotazníku bylo potvrzeno, že mají všeobecné sestry dostatečné vědomosti v oblasti této prevence. Důvody vzniku proleženin jsou jednak vnitřní a jednak vnější. Z odpovědí lze zjistit, že dekubity na odděleních vznikají nejčastěji z vnitřních důvodů, jako je věk, tělesná teplota, tělesná konstrukce, apod. Některé sestry ovšem tvrdí, že dekubit na jejich oddělení vznikají nejčastěji z důvodu mechanických vlivů, jako je tření a střížná síla. Díky tomu nelze jednoznačně říci, že dekubity vznikají tak či onak. Při objevení nově vzniklého dekubitu se na daném oddělení v KNL sepisují tzv. mimořádné události, kde se popíše vznik dekubitu, ale nezjistíme, z jakých příčin vznikl. Díky tomu lze říci, že na vzniku dekubitů se podílejí všechny výše vyjmenované faktory.

ZÁVĚR

Před zahájením psaní mé bakalářské práce s názvem Prevence vzniku dekubitů u pacientů/klientů jsem si stanovila několik cílů, kterých jsem chtěla postupně dosáhnout. Dalo by se říci, že všechny cíle směřovaly na všeobecné sestry, a to především na jejich orientovanost v této rozsáhlé problematice.

V úvodu teoretické části jsem se pokusila v menší míře popsat anatomii a fyziologii kůže, která je ve své podstatě sama o sobě velice rozsáhlou kapitolou. V následujícím úseku práce jsem se snažila z co nejvíce zdrojů získat informace o prevenci vzniku dekubitů. Nalezla jsem mnoho definic, které jsou si velice podobné, a posléze jsem vybrala ty nejpresnější. Ve všech použitých zdrojích, kde je tato problematika rozebírána, se nachází veliký výčet vnitřních i vnějších rizikových faktorů, které jsem si postupně sepisovala, až jsem dosáhla dostatečně přehledného celku. Z jiných zdrojů jsem získávala informace o antidekubitních pomůckách, jež jsou rozepsány i s jejich využitím a s krátkým popisem principu, na kterém fungují. Práce dále obsahuje výpis nejčastěji využívaných poloh nemocného, které jsou v práci taktéž podrobně popsány. Pro dosažení cílů bakalářské práce bylo nutné stanovit si několik hypotéz. V empirické části bylo prováděno výzkumné šetření pomocí dotazníků. Ty byly rozdány všeobecným sestrám na určených odděleních.

Všechny mnou stanovené cíle směřovaly na povědomost všeobecných sester v prevenci vzniku dekubitů. Potvrdilo se mi, že jsou sestry dostatečně vzdělané a orientované v této problematice. Podle některých sester je problémem nedostatečné množství antidekubitních pomůcek na oddělení. Ty mohou být ovšem funkčně nahrazeny improvizacími pomůckami, s jejichž volbou si všeobecné sestry podle výsledků snadno poradí. Veškeré stanovené hypotézy jsou pomocí výzkumného šetření potvrzeny.

Problém nastal pouze u prvního cíle, kdy jsem chtěla zjistit nejčastější důvod vzniku dekubitů. Z odpovědí částečně vyplynulo, že dekubity vznikají na oddělení převážně z vnitřních příčin, avšak některé všeobecné sestry tvrdí, že proleženiny u nich vznikají z příčin vnějších. Z takzvané mimořádné události, jež se v KNL sepisuje při objevení nově vzniklého dekubitu, nezjistíme přesný mechanismus vzniku tohoto defektu. Díky tomu lze říci, že na vzniku dekubitů se podílejí všechny výše vyjmenované faktory.

Výsledky nebyly nijak překvapující. Na každém oddělení v KNL se nachází SOP č. 07, jež se celý zabývá prevencí vzniku dekubitů, tudíž si můžeme kdykoli přečíst postupy, jak tomuto problému předcházet.

Ve své práci jsem chtěla dosáhnout uceleného přehledu prevence vzniku dekubitů. Doufám, že práce bude pomůckou jak pro ošetrovatelský personál, tak i pro studenty zdravotnických oborů.

NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH PROBLÉMŮ

Jako jeden problém, na který jsem díky výzkumnému šetření narazila, byla neznalost všeobecných sester v oblasti škálování. Každá sestra bez ohledu na nejvyšší dosažené vzdělání by měla umět základní testovací stupnice.

Dalším problémem všeobecných sester je neznalost antidekubitních matrací. Sestry neznají základní typy těchto matrací a jejich použitelnost.

Podle výsledků mají všeobecné sestry průměrné znalosti v oblasti problematiky prevence vzniku dekubitů. Na každém oddělení v KNL se nachází SOŠP č. 07 - Prevence a ošetrovatelská péče o pacienta s poruchou kožní integrity, s dekubity, proto si myslím, že je zbytečné vytvářet přehled prevence vzniku dekubitů. Rozhodla jsem se uspořádat do budoucna pro všeobecné sestry z daných oddělení KNL krátký seminář k prevenci vzniku dekubitů. Na tomto semináři bych zmínila ucelený přehled prevence proleženin, znovu bych sestry seznámila se základními pomůckami včetně jejich použití, jež jsou k této prevenci určené. Dále bych zde shrnula výsledky empirické části mé bakalářské práce a upozornila bych na správné polohování. Všeobecným sestrám bych ráda ukázala jiné hodnotící škály než je Nortonova stupnice, kterou používají při příjmu pacienta/klienta.

Své výsledky empirické části bakalářské práce Prevence vzniku dekubitů u pacientů/klientů bych také ráda do budoucna poskytla do odborného časopisu Sestra.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BASTLOVÁ, Helena. *Péče o nemocné*. 1. vyd. Příroda, 1993. s. 170. ISBN 80-070-0576-5.
2. ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 416. ISBN 978-80-7262-612-0.
3. HOFFMANNOVÁ, Petra; PLÍVOVÁ Lenka. *Základy ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. s. 124. ISBN 978-80-7372-340-8.
4. HOLIBKOVÁ, Alžběta; LAICHMAN, Stanislav. *Přehled anatomie člověka*. 5. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. s. 140. ISBN 978-80-244-2615-0.
5. JUŘENÍKOVÁ, Petra a kol. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště - vlastním nákladem, 1999. s. 236.
6. KLUSOŇOVÁ, Eva; PITNEROVÁ, Jana. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. dopl. vyd. Brno: NCONZO, 2005. s. 117. ISBN 80-701-3423-2.
7. MIKŠOVÁ, Zdeňka; a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
8. MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2.
9. MÜLLEROVÁ, Nina; SUCHÝ, Miloš; FIEDLEROVÁ, Lenka. Sledování dekubitů jako indikátorů kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni. *Tempus Medicorum*, 2011, roč. 20, č. 7-8, s. 18-24.
10. NOVOTNÝ, František. *Záhady a zajímavosti lidské kůže*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. s. 120. ISBN 80-716-9961-6.

11. PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 76. ISBN 978-80-247-2682-3.
12. ROKYTA, Richard; MAREŠOVÁ, Dana; TURKOVÁ Zuzana. *Somatologie*. 1. vyd. Praha: Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2009. s. 259. ISBN 978-80-7357-454-3.
13. ROZSYPALOVÁ, Marie; a kol. *Péče o nemocné*. 2. vyd. Praha: Avicem, 1980. s. 370. ISBN 08-004-80.
14. VORLÍČEK, Jiří; ABRAHÁMOVÁ, Jitka; VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada., 2006. s. 328. ISBN 80-247-1716-6.
15. WORKMAN, Barbara A.; BENNETT, Clare L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2006. s. 259. ISBN 80-247-1714-X.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

16. CLARK, M. EPUAP – Doporučené nutriční postupy pro prevenci a léčbu dekubitů [online]. 2003. Dostupné z WWW:
<<http://www.cslr.cz/admin/files/EPUAP-Doporucene-nurtricni-postupy-pro-prevenci-a-lecbu-dekubitu.pdf>>.
17. ČOK, M. Osobní asistence [online]. Dostupné z WWW:
<<http://www.osobniasistence.cz>>.
18. JURÁŠKOVÁ, D. Indikátory kvality ošetrovateľské péče a jejich sledování [online]. Praha, 2006. Dostupné z WWW:
<https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:MzvoQHJujbIJ:www.cskz.cz/seznamy/13_juraskova_osetrovatelske_ind.ppt+&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEEShj0S5EO6-ECN3Xib0q4lbyLOAVp4_5R-PNwE_Xyz_BW_hM0E5znRxxYtxZDWaePL9wOJswJ2IZm-h3WmG8VYR_EfOnj_EBVX-YF3QpnJZ2Axqxyme7OOjsLHtbQ5pnuUpAstOk&sig=AHIEtbSy_c3UsSs8tGS4FUVrDTRJYuf7VQ>.
19. KEPRTOVÁ, I. Dekubitus - Chyba v ošetrování? [online]. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2006. Bakalářská práce. Dostupné z WWW:
<http://is.muni.cz/th/101025/lf_b/text.pdf>.
20. KOŽENÝ, P. Sledování dekubitů jako indikátoru kvality péče [online]. Březen 2011. Dostupné z WWW:
<<http://dekubity.nrc.cz/dekubity/novinky/sledovani-dekubitu-jako-indikatoru-kvality-osetrovatelske-pece>>.
21. Pressure ulcers - prevention and treatment [online]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005. 18 s. [cit. 3. 3. 2012] Dostupné z WWW:
<<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG029publicinfo.pdf>>.

22. SMOLÍKOVÁ, L. Rehabilitační ošetrovatelství [online]. Praha, 2011. [cit. 3. 3. 2012] Dostupné z WWW:
<https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:5tDIE7JbCr0J:mefanet-motol.cuni.cz/download.php%3Ffid%3D1408+&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEESjv7hWOZdf26PmoCca3iZ3MFIcyrWakYJa6u3-aoTBfk3x9sXyOQW4822Re1YmIueRkzEABbatdzX-KXMsxYRN1F-i-8nBRaNmAw4tRaPppzQPQRNkbOnYGjkeLSvg4X_KkPokh&sig=AHIEtbSHusomUHfUg4fiUJliJbka4BaGfw>.
23. VIESOVÁ, M. Nejčastější příčiny vzniku dekubitů – praktické zkušenosti [online]. Brno, 2006. [cit. 1. 5. 2012] Dostupné z WWW:
<http://is.muni.cz/th/101013/lf_b/BAKALARKA_na_IS.txt>.
24. VLASÁKOVÁ, D. Současná prevence a léčba dekubitů [online]. [cit. 15. 2. 2012] Dostupné z WWW:
<<http://kurzy.euniverzita.eu/>>.
25. VOJTOVÁ, M. Polohování – prevence a terapie dekubitů [online]. Hradec Králové: VOŠZ a SZŠ. [cit. 5. 3. 2012] Dostupné z WWW:
<<http://www.zshk.cz/files/polohovani.pdf>>.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Graf 01 - Vznik dekubitů	46
Graf 02 - Indikátor kvality péče.....	47
Graf 03 - Dekubity jako indikátor kvality péče	48
Graf 04 - Stupně dekubitů.....	49
Graf 05 - Definice dekubitu 2. stupně.....	50
Graf 06 - Zevní podmínky ovlivňující vznik dekubitů	51
Graf 07 - Mechanické faktory ovlivňující vznik dekubitů	52
Graf 08 - Predilekční místa	53
Graf 09 - Predilekční místa v poloze na zádech	54
Graf 10 - Polohovací hodiny.....	55
Graf 11 - Interval změny polohy u imobilního P/K.....	56
Graf 12 - Polohování u P/K s dekubitem na sacru.....	57
Graf 13 - Primární prevence	58
Graf 14 - Prevence vzniku dekubitů	59
Graf 15 - Ošetrovatelská rehabilitace	60
Graf 16 - Výživa	61
Graf 17 - Antidekubitní pomůcky.....	62
Graf 18 - Antidekubitní pomůcky na oddělení	63
Graf 19 - Používání pomůcek	64
Graf 20 - Improvizace bez antidekubitních pomůcek.....	65
Graf 21 - Typy antidekubitních matrací	66
Graf 22 - Dostupnost antidekubitních matrací.....	67
Graf 23 - Kde vznikají nejčastěji dekubity	68
Graf 24 - Vznik dekubitů na oddělení	69
Graf 25 - Nejčastější místo ošetřování dekubitu.....	70
Graf 26 - Hodnotící škály prevence vzniku dekubitů	71
Tab. 01 - Vznik dekubitů	46
Tab. 02 - Indikátor kvality péče.....	47
Tab. 03 - Dekubity jako indikátor kvality péče	48
Tab. 04 - Stupně dekubitů.....	49
Tab. 05 - Definice dekubitu 2. stupně.....	50
Tab. 06 - Zevní podmínky ovlivňující vznik dekubitů	51

Tab. 07 - Mechanické faktory ovlivňující vznik dekubitů.....	52
Tab. 08 - Predilekční místa	53
Tab. 09 - Predilekční místa v poloze na zádech	54
Tab. 10 - Polohovací hodiny.....	55
Tab. 11 - Interval změny polohy u imobilního P/K.....	56
Tab. 12 - Polohování u P/K s dekubitem na sacru.....	57
Tab. 13 - Primární prevence	58
Tab. 14 - Prevence vzniku dekubitů	59
Tab. 15 - Ošetřovatelská rehabilitace	60
Tab. 16 - Výživa	61
Tab. 17 - Antidekubitní pomůcky na oddělení	63
Tab. 18 - Používání pomůcek	64
Tab. 19 - Typy antidekubitních matrací.....	66
Tab. 20 - Dostupnost antidekubitních matrací.....	67
Tab. 21 - Kde vznikají nejčastěji dekubity	68
Tab. 22 - Vznik dekubitů na oddělení.....	69
Tab. 23 - Hodnotící škály prevence vzniku dekubitů	71

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník
Příloha č. 2 – Anatomie kůže
Příloha č. 3 – Klasifikace dekubitů
Příloha č. 4 – Predilekční místa
Příloha č. 5 – Barthel test
Příloha č. 6 – Původní Nortonova stupnice
Příloha č. 7 – Modifikovaná Nortonova stupnice
Příloha č. 8 - Polohovací hodiny
Příloha č. 9 - Mechanické lůžko
Příloha č. 10 – Elektrické lůžko
Příloha č. 11 – Aktivní antidekubitní matrace
Příloha č. 12 – Pasivní antidekubitní matrace
Příloha č. 13 – Dynamická antidekubitní matrace

Příloha č. 14 – Antidekubitní botička

Příloha č. 15 – Polohovací pomůcky

Příloha č. 16 – Protokoly o provádění výzkumu

Příloha č. 1 – Dotazník

Vážené všeobecné sestry,

chtěla bych vás poprosit o chvilku vašeho volného času na vyplnění tohoto dotazníku. Než začnete s vybíráním správných odpovědí, ráda bych se Vám představila. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra. Dotazník je zcela anonymní a informace budou použity výhradně pro mou bakalářskou práci na téma Prevence vzniku dekubitů u pacientů/klientů (P/K). Správnou odpověď, která je vždy pouze jedna, zakroužkujte. Volné odpovědi u vybraných otázek vypište na označené místo.

Předem vám děkuji za spolupráci.

Kateřina Ginzelová

Oddělení, na kterém pracujete:

.....

1. Označte správné tvrzení:

- a) zevní podmínky nejsou důležité ve vztahu ke vzniku dekubitů
- b) dekubity vznikají pouze na kůži
- c) dekubity vznikají v důsledku dlouhotrvajícího tlaku způsobující poruchu prokrvení

2. Co je to indikátor kvality péče?

- a) kvalitativní údaj o kvantitě procesu
- b) nepodstatný sběr dat v oblasti péče o P/K
- c) všechny dílčí činnosti, které jsou prováděny s vysokou profesionalitou, se snahou o optimální výsledek a minimalizaci rizika pro pacienty, ve shodě se standardy a hodnotami, s ohledem na hospodárné vynaložení zdrojů a s naplněním obsáhlejšího očekávání P/K

3. Je výskyt vzniku dekubitů tzv. indikátorem kvality?

- a) ano
- b) ne

4. Kolik stupňů dekubitů rozlišuje Torrance?

- a) tři
- b) pět
- c) čtyři

5. Jaké tvrzení platí pro definici dekubitu 2. stupně?

- a) tvorba puchýřů, pálení a bolestivost
- b) vzniká zarudnutí kůže, při mírném zatlačení prsty erytém přechodně zbledne
- c) poškození se přesouvá do podkoží

6. Jaké jsou zevní podmínky, které ovlivňují vznik dekubitů?

- a) věk, pohlaví, tělesná teplota
- b) chemické vlivy, mechanické vlivy, působení tlaku
- c) cévní faktory, hydratace

7. Co patří mezi mechanické faktory, které ovlivňují vznik dekubitů?

- a) střížná síla
- b) tření
- c) obě odpovědi jsou správné

8. Co jsou to predilekční místa?

- a) ohrožená místa, kde je kost v blízkosti pod povrchem
- b) ohrožená místa, kde je mezi kostí a kůží velké množství tuku
- c) místo, kde je snížený tlak těla na podložku

9. Jaká predilekční místa jsou u P/K v poloze na zádech?

- a) trnový výběžek, paty, hrbol sedací kosti, kost křížová, loketní klouby
- b) kyčelní kloub, hrbol sedací kosti, kost křížová, loketní klouby
- c) hrbol sedací kosti, kost křížová, ramenní kloub, loketní klouby

10. Znáte systém polohovacích hodin?

- a) ano
- b) ne

11. Jaký by měl být interval změn polohy u imobilního P/K?

- a) 30 – 60 minut
- b) 1 – 2 hodiny
- c) 1,5 – 3 hodiny

12. Může se P/K polohovat na záda při výskytu dekubitu 3. stupně v oblasti sacra?

- a) ne
- b) ano

13. Jak zní definice primární prevence?

- a) zkoumá předpoklady, podmínky a příčiny jevů, jimž se má bránit, a hledá způsoby, jak jim předcházet
- b) snaží se zabránit opakování
- c) snaží se příslušné jevy včas zachytit a bránit jejich prohlubování a šíření

14. Co vše byste zařadil/a do prevence vzniku dekubitů?

- a) snížení tlaku na tkáň P/K, blokování zevních mechanických vlivů, normalizace celkového stavu
- b) snížení tlaku na tkáň P/K, hygiena, blokování zevních mechanických vlivů, normalizace celkového stavu
- c) snížení tlaku na tkáň P/K, hygiena, blokování zevních mechanických vlivů, redukce tělesné hmotnosti

15. Je ošetrovatelská rehabilitace součástí prevence dekubitů?

- a) ano
- b) ne

16. Myslíte si, že je výživa důležitá v prevenci vzniku dekubitů?

- a) ano
- b) ne
- c) pouze u některých P/K

17. Jaké znáte antidekubitní pomůcky? – Vypište alespoň 3

.....
.....

18. Jsou na Vašem oddělení k dispozici antidekubitní pomůcky?

- a) ano, ve velkém množství
- b) ano, v omezeném množství
- c) na oddělení nejsou tyto pomůcky k dispozici

19. Pokud jsou u Vás k dispozici tyto pomůcky, používáte je?

- a) ano, vždy
- b) pouze u některých P/K
- c) tyto pomůcky nepoužíváme

20. Pokud byste tyto pomůcky neměl/a k dispozici, pomocí čeho byste improvizoval/a? – Vypište

.....
.....

21. Jaké jsou typy antidekubitních matrací?

- a) pasivní, aktivní, dynamické
- b) pouze aktivní a pasivní
- c) antidekubitní matrace jsou pouze jednoho typu

22. Využívají se na Vašem oddělení antidekubitní matrace?

- a) ano, u všech imobilních P/K
- b) pouze u některých imobilních P/K – dle vybavenosti oddělení
- c) na našem oddělení se antidekubitní matrace nepoužívají

23. Kde z Vašeho pohledu nejčastěji dochází ke vzniku dekubitů?

- a) během hospitalizace imobilního pacienta
- b) v domácím prostředí, DD, domy s pečovatelskou službou

24. Jak nejčastěji vznikají dekubity na Vašem oddělení?

- a) špatným polohováním P/K
- b) díky mechanickým vlivům
- c) díky vnitřním faktorům

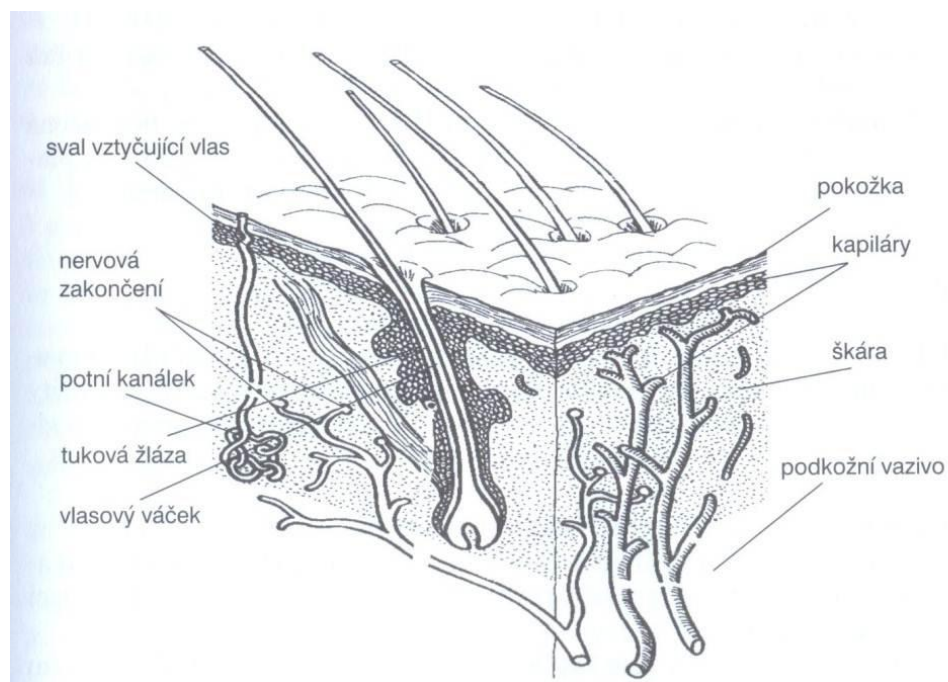
25. Na kterém místě nejčastěji ošetřujete dekubit?

.....

26. Jaké jsou nejznámější hodnotící škály ve vztahu k prevenci vzniku dekubitů?

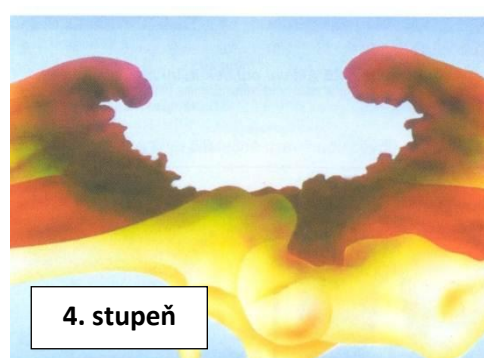
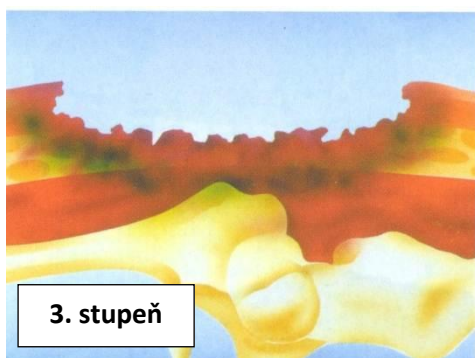
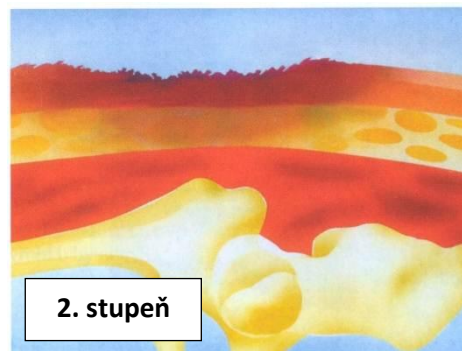
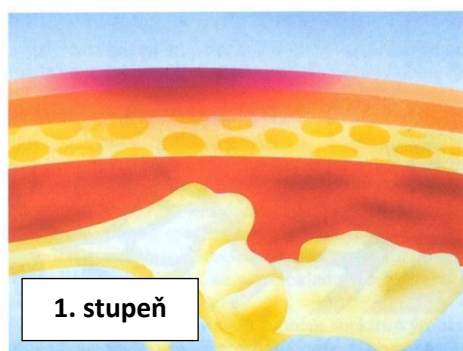
- a) GCS, skóre podle Nortonové, M. L. Shannon, Waterlova tabulka
- b) Braden a Bergstrom, Benešovo skóre, skóre podle Nortonové
- c) skóre podle Nortonové, M. L. Shannon, Waterlova tabulka, Braden a Bergstrom

Příloha č. 2 – Anatomie kůže



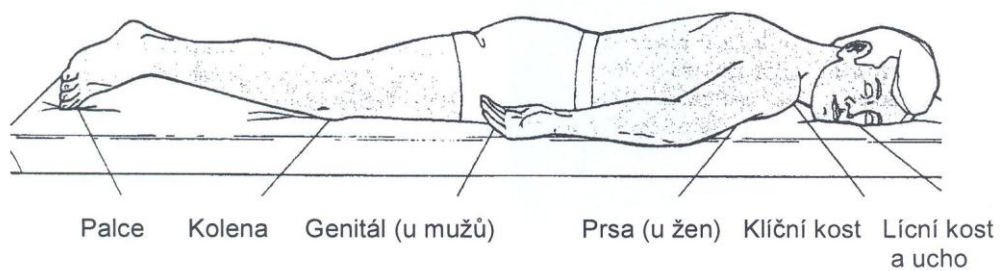
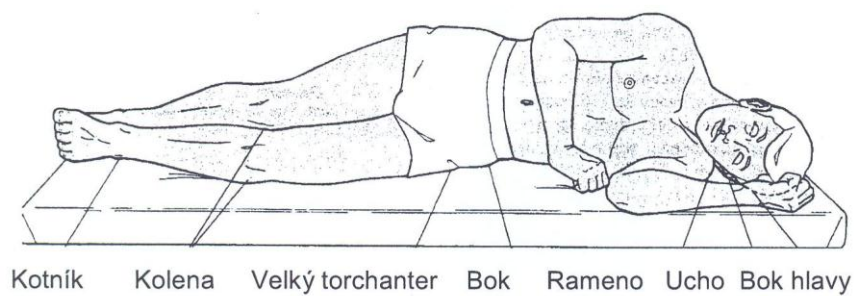
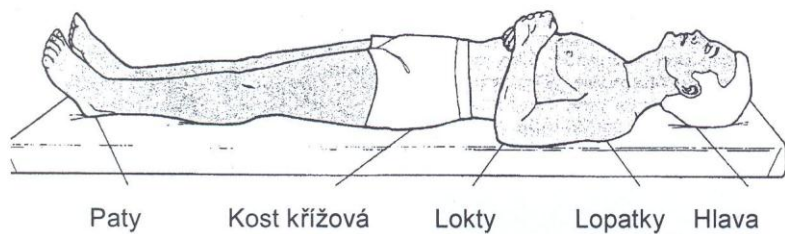
Zdroj: MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. *Prevence dekubitů*

Příloha č. 3 – Klasifikace dekubitů



Zdroj: MIKULA, Jan; MÜLLEROVÁ, Nina. *Prevence dekubitů*

Příloha č. 4 – Predilekční místa



Zdroj: VLASÁKOVÁ, D. Současná prevence a léčba dekubitů;

<<http://kurzy.euniverzita.eu/>>

Příloha č. 5 – Barthel test

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH, VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Činnost	Úroveň schopnosti	Body	Datum	Datum
Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí (krájení, mazání másla a pod.)	5		
	neprovede	0		
Oblékání	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5		
	neprovede	0		
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5		
	neprovede	0		
Kontinence moči	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní (1 x týdně)	5		
	inkontinentní, katetrizován	0		
Kontinence stolice	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní	5		
	inkontinentní	0		
Použití WC	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
Přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15		
	s malou pomocí (verbálně či fyzicky) vydrží sedět	10		
	s větší pomocí (1 - 2 lidé fyzicky)	5		
	neprovede	0		
Chůze po rovině	samostatně nad 50 metrů	15		
	s pomocí pod 50 metrů	10		
	na vozíku 50 metrů	5		
	neprovede	0		
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
Počet bodů celkem:				
Hodnotila sestra:				

Hodnocení stupně závislosti základních, všedních činnostech	
vysoce závislý	0 - 40 bodů
Závislost středního stupně	45 - 60 bodů
Lehká závislost	65 - 95 bodů
Nezávislost	100 bodů

Zdroj: <http://www.tiskopisy-kumprecht.cz/administrace/photos/CBN-015_395.jpg>

Příloha č. 6 – Původní Nortonova stupnice

Body	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	dobrý	dobrý	chodící	plná	není
3	zhoršený	apatický	s pomocí	omezená	občasná
2	špatný	zmatený	sedící	velmi omezená	trvalá - moči
1	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	moči i stolice

Zdroj: KEPRTOVÁ, I. Dekubitus - chyba v ošetřování?;
<http://is.muni.cz/th/101025/lf_b/text.pdf>

Příloha č. 7 – Modifikovaná Nortonova stupnice

schopnost spolupráce	věk		pokožka	další onemocnění dle odp. stupně	fyzický stav	
úplná	4	<10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4
malá	3	<30	3 alergie	3 diabetes, teplota, anémie	3 vcelku dobrý	3
částečná	2	<60	2 vlhká	2 kachexie, ucpání tepen	2 špatný	2
žádná	1	>60	1 suchá	1 obezita, karcinom	1 velmi špatný	1

psychický stav		aktivita		mobilita		inkontinence	
čilý	4	chodící	4	plná	4	žádná	4
apatický	3	chodící s dopom.	3	mírně omezená	3	občasná	3
zmatený	2	sedící	2	velmi omezená	2	inkont.moče	2
strnulý	1	ležící	1	nepohyblivý	1	obojí inkontinentní	1

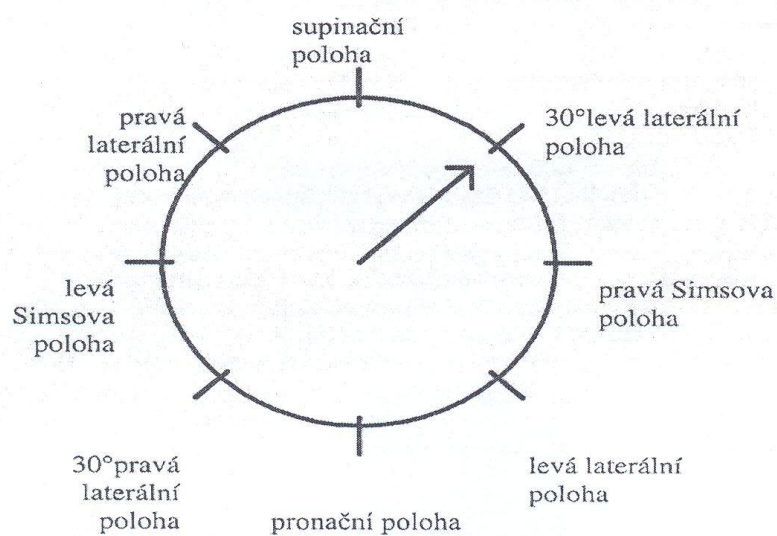
Celkové bodové hodnocení nemocného:

Zdroj:

<www.eamos.cz/amos/kos/img_upload/kos_392/Problematika%20dekubitu/tab1der.gif>

>

Příloha č. 8 - Polohovací hodiny



Jméno:						
Datum:						
poloha:	čas:	podpis:	čas:	podpis:	čas:	podpis:
supinační						
30° levá laterální						
pravá Simsova						
levá laterální						
pronační						
30° pravá laterální						
levá Simsova						
pravá laterální						

Zdroj: VLASÁKOVÁ, D. Současná prevence a léčba dekubitů;

<<http://kurzy.euniverzita.eu>>

Příloha č. 9 - Mechanické lůžko



Zdroj: <<http://www.ajax.sedlcany.cz/obrazky-sortiment/746.jpg>>

Příloha č. 10 – Elektrické lůžko



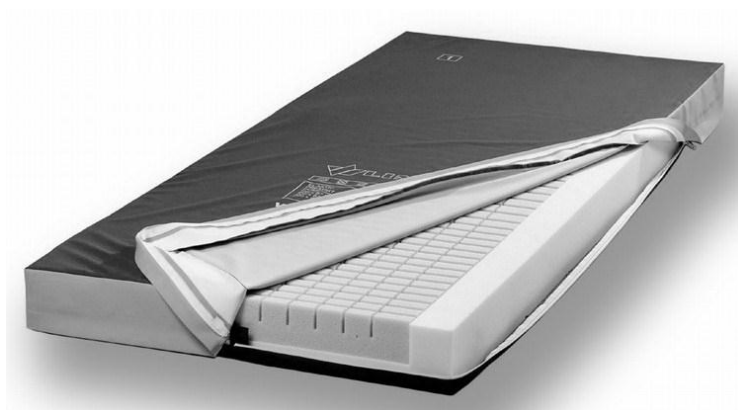
Zdroj: <<http://www.drumel.cz/Images/postel%201503%20N.jpg>>

Příloha č. 11 – Aktivní antidekubitní matrace



Zdroj: <[http://www.linet.cz/data2/dep_33/ProDerm2\(3\).jpg](http://www.linet.cz/data2/dep_33/ProDerm2(3).jpg)>

Příloha č. 12 – Pasivní antidekubitní matrace



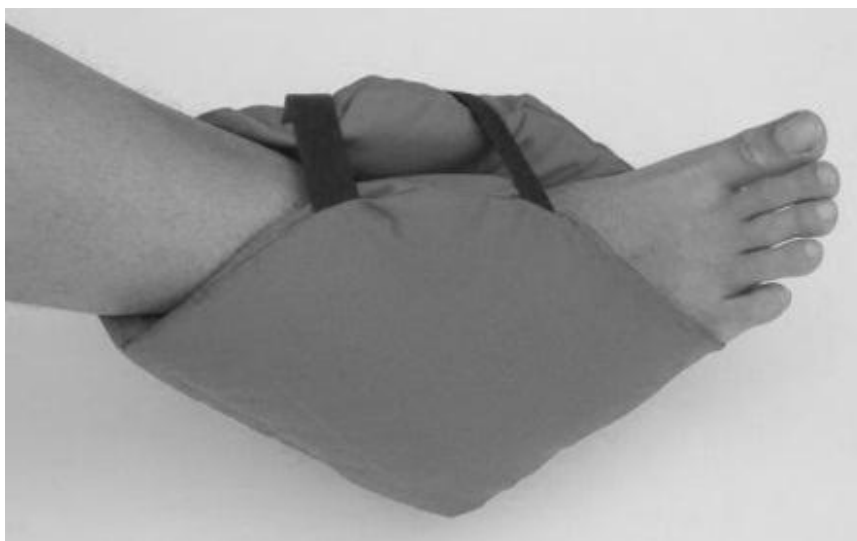
Zdroj: <[http://www.linet.cz/data2/dep_33/01_PREMA\(10\).jpg](http://www.linet.cz/data2/dep_33/01_PREMA(10).jpg)>

Příloha č. 13 – Dynamická antidekubitní matrace



Zdroj: <http://www.wed.cz/obrazky/matraceAirEx_a.jpg>

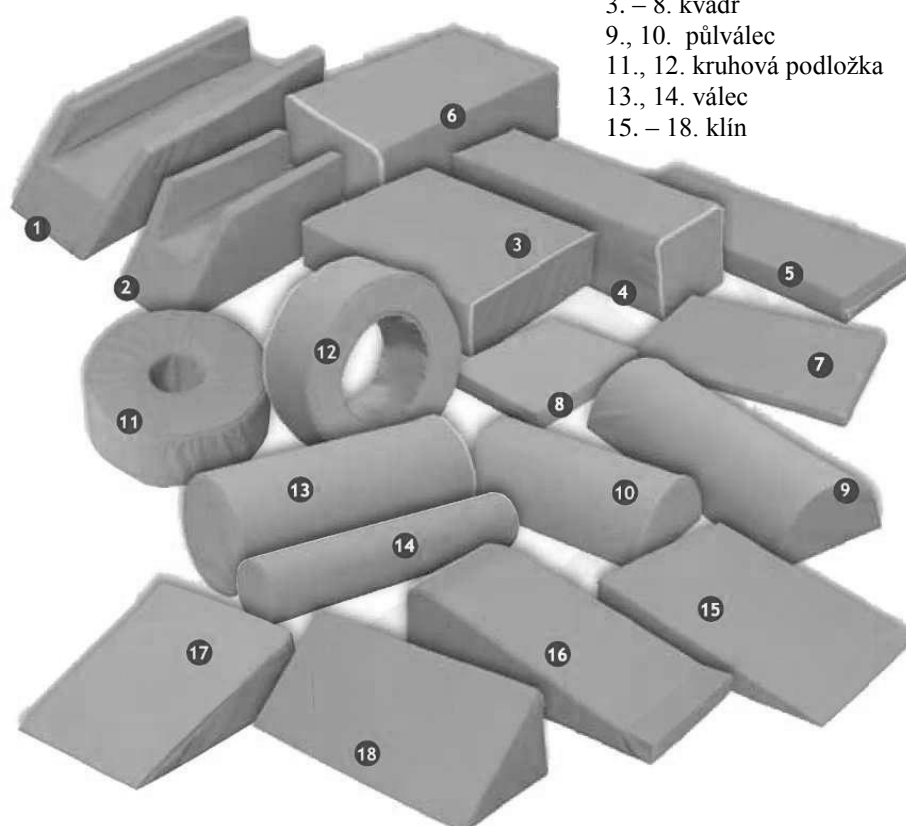
Příloha č. 14 – Antidekubitní botička



Zdroj:

<www.maxim-zdr.cz/fotoalbum/antidekubitni-podlozky/navleky-na-loket-a-kotnik/foto-boticka-1/>

Příloha č. 15 – Polohovací pomůcky



- 1., 2. opěra končetin
- 3. – 8. kvádr
- 9., 10. půlválec
- 11., 12. kruhová podložka
- 13., 14. válec
- 15. – 18. klín

Zdroj:<<http://matrace.purtex.cz/produkting/pomucky1.jpg?w=861>>

Příloha č. 16 – Protokoly o provádění výzkumu

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	GINZLOVÁ Kateřina	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	209000034	3.
Téma práce	PREVENCE VŮNIKU DEKUBITŮ U PACIENTŮ/KLIENTŮ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC a.s. HUSOVA 10, LIBEREC 460 63 oddělení Všeobecné interny	
Jméno vedoucího práce	Bc. Iva Břadová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input checked="" type="checkbox"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	podpis Bc. Břadová I.
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	podpis Krajská nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Hana Bláhová hlavní sestra
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	podpis 7. prosince 2019
Datum zahájení výzkumu	1. čen	
Datum ukončení výzkumu	11. listopad	
Počet oslovených respondentů (personálu)	25	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		


v Liberci dne 30.9.2019

.....

podpis studenta

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	GINZELOVÁ Kateřina	
Studijní obor Všeobecná sestra	Osobní číslo studenta 809000034	Ročník 3.
Téma práce	PREVENCE VÝNIKU DEKUBITŮ U PACIENTŮ / KLIENTŮ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	KRÁSKÁ NEMOCNICE LIBEREC a.s. HUSOVA 10, LIBEREC 460 63 LDN	
Jméno vedoucího práce	Bc. Ivana ŠKODOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="checkbox"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	podpis 
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	Kráská nemocnice Liberec, a.s. podpis: Hana Bláhová hlavní sestra
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	podpis 
Datum zahájení výzkumu	LIDEN	
Datum ukončení výzkumu	LISTOPAD	
Počet oslovených respondentů (personálu)	46	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Liberci dne 30.9.2020

8.1

podpis studenta

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	GINZELOVÁ Kateřina	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	469000034	5.
Téma práce	PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ U PACIENTŮ/KLIENTŮ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC a.s. HUSOVA 10, LIBEREC 460 63 Spindelní jednotka	
Jméno vedoucího práce	Bc. Naďa Žáková	
Vyřádkování vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input checked="" type="checkbox"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím Bc. Kytlaňová Alena podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Hana Bláhová hlavní sestra podpis	
Datum zahájení výzkumu	21.9.2011	
Datum ukončení výzkumu	LISTOPAD	
Počet oslovených respondentů (personálu)	10	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Liberci dne 30.9.2011

podpis studenta